

**GAMBARAN FAKTOR RISIKO PENGOBATAN PASIEN *MULTIDRUG
RESISTANCE TUBERCULOSIS* (MDR-TB) DI RSUD LABUANG BAJI
KOTA MAKASSAR TAHUN 2017**



Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Meraih Gelar Sarjana
Kesehatan Masyarakat Program Studi Kesehatan Masyarakat
Pada Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan
UIN Alauddin Makassar

Oleh:

NURBIAH

NIM: 70200113066

**FAKULTAS KEDOKTERAN DAN ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS ISLAM NEGERI ALAUDDIN
MAKASSAR
2017**

PENGESAHAN SKRIPSI

Skripsi yang berjudul, “Gambaran Faktor Risiko Pengobatan Pasien *Multidrug Resistance Tuberculosis* (MDR-TB) di RSUD Labuang Baji Kota Makassar Tahun 2017”, yang disusun oleh Nurbiah, NIM: 70200113066, Mahasiswa Jurusan Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan UIN Alauddin Makassar, telah diuji dan dipertahankan dalam sidang skripsi yang diselenggarakan pada hari Jum’at, 18 Agustus 2017, dinyatakan telah dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat.

Samata-Gowa, 22 Agustus 2017 M
29 Dzulkaidah 1438 H

DEWAN PENGUJI

Ketua	: Dr. dr.H. Andi Armyn Nurdin, M.Sc	(.....)
Sekretaris	: Azriful, SKM, M.Kes	(.....)
Pembimbing I	: Emmi Bujawati, SKM., M.Kes	(.....)
Pembimbing II	: Syarfaini, SKM., M.Kes	(.....)
Penguji I	: Nildawati, SKM, M.Epid	(.....)
Penguji II	: Prof. Dr. Mukhtar Lutfi, M.Pd	(.....)

Diketahui oleh :

Dekan Fakultas Kedokteran dan Ilmu
Kesehatan UIN Alauddin Makassar

Dr. dr.H. Andi Armyn Nurdin, M.Sc.
NIP: 19550203 198312 1 001

PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI

Mahasiswa yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Nurbiah
NIM : 70200113066
Tempat/Tgl Lahir : Sungguminasa/ 5 September 1995
Jurusan/Peminatan : Kesehatan Masyarakat/ Epidemiologi
Fakultas : Kedokteran dan Ilmu Kesehatan
Alamat : Jl. Pelita Taeng, Gowa
Judul : Gambaran Faktor Risiko Pengobatan Pasien *Multidrug Resistance Tuberculosis* (MDR-TB) di RSUD Labung Baji Kota Makassar tahun 2017

Menyatakan dengan sesungguhnya dan penuh kesadaran, bahwa skripsi ini benar adalah hasil karya sendiri. Jika dikemudian hari terbukti bahwa ia merupakan duplikat, tiruan, plagiat, atau dibuat oleh orang lain, sebagian atau seluruhnya, maka skripsi dan gelar yang diperoleh karenanya batal demi hukum.

UNIVERSITAS ISLAM NEGERI

ALA UDDIN
MAKASSARA

Samata-Gowa, 02 Agustus 2017

Penyusun,



Nurbiah
NIM. 70200113066

KATA PENGANTAR

الرَّحِيمِ بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ

Assalamu Alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh

Puji syukur kehadiran Allah subhanahu Wa Ta'ala karena atas nikmat dan karunia-Nyalah sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini guna memenuhi persyaratan dalam menyelesaikan pendidikan S1 pada Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan UIN Alauddin Makassar. Shalawat dan salam penulis kirimkan kepada Rasulullah SAW, pembawa kebenaran dan teladan umat manusia.

Penulis menyadari bahwa sebagai hamba Allah, kesempurnaan sangat jauh dari penyusunan skripsi ini. Berbagai keterbatasan dan kekurangan yang hadir dalam skripsi ini merupakan refleksi dari ketidaksempurnaan penulis sebagai manusia. Namun dengan segala kerendahan hati, penulis memberanikan diri mempersembahkan skripsi ini sebagai hasil usaha dan kerja keras yang telah penulis lakukan.

Skripsi ini penulis persembahkan kepada kedua orang tua, Ayahanda Arsyad dan Ibunda Basse yang telah membesarkan, mendidik dan membimbing penulis dengan penuh kasih sayang serta perhatian dan do'a restu kepada penulis sehingga dapat menyelesaikan kuliah di Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Islam Negeri (UIN), yang tak bisa ananda balas dengan apapun. Suatu kebanggaan dapat terlahir dari seorang Ibu yang sangat sabar dan selalu memperhatikan masa depan anaknya, orang tua yang rela berkorban demi kesuksesan anaknya. Penulis juga ingin mengucapkan banyak terima kasih kepada keluarga besar Kakanda Abdul Rahim, SE, Nursidah, SE, Syamsinah, dan Rosnawati yang telah memberikan dukungan moril maupun material serta do'a

sehingga menjadikan jalan panjang yang penulis lalui terasa lebih lapang dan mudah. Saya sangat menyayangi kalian.

Tak lupa penulis menyampaikan rasa terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Bapak Prof. Dr. H. Musafir Pababbari, M.Si, selaku Rektor UIN Alauddin Makassar dan para Wakil Rektor I, II, III dan IV.
2. Bapak Dr. dr. Armyn Nurdin, M.Sc, selaku Dekan Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan UIN Alauddin Makassar dan para Wakil Dekan I, II, dan III.
3. Bapak Hasbi Ibrahim, SKM., M. Kes, selaku Ketua Jurusan Kesehatan Masyarakat UIN Alauddin Makassar.
4. Ibu Emmi Bujawati, SKM., M.Kes selaku Pembimbing I dan Ibu Syarfaini, SKM., M.Kes selaku Pembimbing II yang telah meluangkan waktu, tenaga dan pikirannya dalam memberikan bimbingan kepada penulis sampai selesainya penulisan skripsi ini.
5. Ibu Nildawati, SKM., M.Epid selaku Penguji I, Bapak Drs. H. Syamsul Bahri, M.Si dan Bapak Prof. Dr. Mukhtar Lutfi, M.Pd selaku Penguji Integrasi Keislaman, yang telah memberikan saran dan kritik yang bermanfaat demi penyempurnaan penulisan.
6. Ibu Dr. Andi Susilawaty, SKM.,M.Kes selaku Penasehat Akademik yang selalu memotivasi dalam hal akademik dan organisasi.
7. Para Dosen Jurusan Kesehatan Masyarakat yang telah memberikan ilmu pengetahuan yang sangat berharga selama penulis mengikuti pendidikan di Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan UIN Alauddin Makassar. Para staf Jurusan Kesehatan Masyarakat yang juga sangat membantu. Serta segenap staf Tata Usaha di lingkungan Fakultas Kedokteran dan

Ilmu Kesehatan UIN Alauddin Makassar yang banyak membantu penulis dalam berbagai urusan administrasi selama perkuliahan hingga penyelesaian skripsi ini.

8. Kepala BKPMMD Prov. Sul-Sel, Kepada Kepala RSUD Labuang Baji Kota Makassar, terkhusus Para petugas di Poli MDR. Terima kasih atas segala bantuannya.
9. Kepada sahabat-sahabat, dan teman seperjuangan semasa kuliah. Terima kasih atas dukungan dan dampingannya, Iffah Karimah, Ina Eriana, Andi Bau Ranty Rosalina, dan Nurul Asyifa Hafsiyah semoga persahabatan dan persudaraan kita terjalin untuk selamanya, insya Allah. Amin. Saya menyayangi kalian.
10. Kepada Arfan yang senantiasa memberi semangat, motivasi dan membantu dalam penyelesaian skripsi ini.
11. Kakanda angkatan 2010 sampai 2012, teman-teman Dimension angkatan 2013, teman-teman kelas kesehatan masyarakat B dan kelas peminatan Epidemiologi serta teman-teman seperjuangan KKN angkatan-53 khususnya yang mengabdikan di Dusun Bontorannu Desa Erelembang Kecamatan Tombolo Pao, yang telah memberikan semangat hidup, kritik, saran, dan dukungan penuh dalam penulisan skripsi ini.
12. Serta semua pihak yang telah membantu dalam penyelesaian skripsi ini yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu. Terima Kasih atas semuanya yang telah memberi warna dalam setiap langkah dan tindakan yang penulis lalui.

Skripsi ini merupakan awal dari proses berdialektika penulis dengan dunia akademik, sehingga pembaca yang sangat akrab dengan dunia penelitian akan

mudah melihat kelemahan penulisan ini. Oleh karena itu, penulis sangat mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun sebagai langkah menuju kesempurnaan. Akhir kata, penulis berharap semoga hasil penelitian ini dapat memberi manfaat bagi kita semua.

Wassalamu Alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.

Samata, Gowa Agustus 2017

Peneliti



UNIVERSITAS ISLAM NEGERI
ALAUDDIN
M A K A S S A R

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PENGESAHAN.....	ii
PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI	iii
KATA PENGANTAR.....	iv
DAFTAR ISI	v
DAFTAR TABEL	vii
DAFTAR BAGAN	viii
DAFTAR LAMPIRAN	ix
ABSTRAK	x
BAB I PENDAHULUAN	
Latar Belakang	1
Rumusan Masalah	6
Definisi Operasional.....	6
Kajian Pustaka.....	8
Tujuan dan Kegunaan Penelitian.....	11
BAB II TINJAUAN TEORITIS	
Multidrug Resistance Tuberculosis (MDR-TB).....	13
Teori Penunjang Penelitian	36
Kerangka Teori.....	44
Kerangka Konsep	45
BAB III METODOLOGI PENELITIAN	
Jenis dan Lokasi Penelitian	46
Pendekatan Penelitian	46
Populasi dan Sampel.....	46

Metode Pengumpulan Data	47
Instrumen Penelitian.....	47
Teknik Pengolahan dan Pengumpulan Data.....	47
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	
Gambaran Umum Lokasi Penelitian.....	49
Analisis Data	51
Pembahasan	58
BAB V PENUTUP	
Kesimpulan.....	73
Saran	73
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	



DAFTAR TABEL

Tabel 1.1	Distribusi Responden berdasarkan Kelompok Umur ...	51
Tabel 1.2	Distribusi Responden berdasarkan Jenis Kelamin.....	52
Tabel 1.3	Distribusi Responden berdasarkan pendidikan terakhir	52
Tabel 1.4	Distribusi Responden berdasarkan Pekerjaan.....	53
Tabel 1.5	Distribusi Responden berdasarkan Waktu dinyatakan MDR- TB.....	53
Tabel 1.6	Distribusi Responden Berdasarkan Asal Rujukan Pasien	54
Tabel 1.7	Distribusi Responden Berdasarkan Rumah Sakit Asal Rujukan Pasien.....	54
Tabel 1.8	Distribusi Responden lama pengobatan yang telah dijalani.....	55
Tabel 4.1	Distribusi Responden berdasarkan pertama kali merasakan efek samping.....	56
Tabel 4.2	Distribusi Responden berdasarkan efek samping yang dirasakan.....	57
Tabel 6.1	Distribusi Lama Pengobatan Dan Efek Samping Yang Dirasakan responden.....	58

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1	Kerangka Teori.....	44
Bagan 2.2	Kerangka Konsep.....	45



DAFTAR LAMPIRAN

1. Daftar singkatan
2. Kuesioner Penelitian
3. Master Tabel SPSS
4. Hasil Pengolahan Data SPSS
5. Dokumentasi Hasil Penelitian
6. Surat Permohonan Izin Penelitian dari Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan UIN Alauddin Makassar
7. Surat Izin Penelitian dari BKPMU UPT-PPT Provinsi Sulawesi Selatan
8. Surat Rekomendasi dari RSUD Labuang Baji Kota Makassar
9. Surat Keterangan Telah Melaksanakan Penelitian dari RSUD Labuang Baji Kota Makassar



The Description of Risk Factors for Treatment of Multidrug Resistance Tuberculosis (MDR-TB) Patients in Labuang Baji General Hospital Makassar in 2017

¹Nurbiah, SKM, ²Emmi Bijawati, SKM., M.Kes, ³Syarfaini, SKM., M.Kes

^{1,2} Epidemiology Division of Public Health Department, Faculty of Medicine and Health Sciences

UIN Alauddin Makassar

³Nutrient Division of Public Health Department, Faculty of Medicine and Health Sciences

UIN Alauddin Makassar

Nurbiah9@gmail.com

ABSTRACT

Multidrug-Resistance (MDR) is a stage or condition in which *Micobacterium tuberculosis* becomes minimally resistant to rifampicin administration and also INH (isonicotinylhydrazine) with or without other OAT (Anti-TB drugs). The study is aimed at determining the description of risk factors for treatment of Multidrug Resistance Tuberculosis (MDR-TB) patients in Labuang Baji General Hospital Makassar in 2017. The study is quantitative research using observational approach with descriptive method, with more than 50 people as population and using total sampling technique. Univariate analysis is used in analyzing the collected data.

The results of this study are the highest sex is male as 28 respondents (56%). The highest age group is 45-53 years as many as 10 respondents (20%). The highest level of education is high school graduation as much as 16 respondents (32%). The highest job status is not working as many as 40 respondents (80%). Based on the origin of referral, 60% is from Public Health Center, 20% from Hospital, 45% referenced from Hospital come from BBKPM. 100% of the drug needs are always met, 100% get information about MDR-TB, 100% feel the side effects, 49 respondents (98%) feel the side effects since the beginning of treatment, and 1 respondent (2%) just feel the side effects at 6 months treatment, 49 respondents (98%) felt side effects of nausea and dizziness, and 1 respondent (2%) has hearing loss, 100% has PMO. For the next research, it should conduct research by looking at the relationship between variables, in order to observe the variables that become MDR-TB risk factors.

Keywords : MDR-TB, Side Effects, PMO

Gambaran Faktor Risiko Pengobatan Pasien *Multidrug Resistance Tuberculosis* (MDR-TB) di RSUD Labuang Baji Kota Makassar Tahun 2017

¹Nurbiah, SKM, ²Emmi Bijawati, SKM., M.Kes, ³Syarfaini, SKM., M.Kes

^{1,2} Bagian Epidemiologi Jurusan Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan

UIN Alauddin Makassar

³Bagian Gzi Jurusan kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan

UIN Alauddin Makassar

Nurbiah9@gmail.com

ABSTRAK

Multidrug-Resistance (MDR) adalah tahap atau kondisi di mana *Micobacterium tuberculosis* menjadi resisten minimal terhadap pemberian rifampisin dan juga INH (isonicotinylhydrazine) dengan atau tanpa OAT (Obat Anti TB) lainnya. Adapun tujuan dalam penelitian yaitu untuk mengetahui gambaran faktor risiko pengobatan pasien Multidrug Resistance Tuberculosis (MDR-TB) di RSUD Labuang Baji Kota Makassar Tahun 2017. Kemudian Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dan menggunakan pendekatan observasional dengan metode deskriptif dengan populasi sebanyak 50 orang, teknik pengambilan sampel yaitu secara Total Sampling dari jumlah populasi. Data yang terkumpul kemudian dianalisis secara univariat.

Adapun hasil pada penelitian ini yaitu jenis kelamin tertinggi adalah laki-laki sebanyak 28 responden (56%). Kelompok umur tertinggi yaitu 45-53 tahun sebanyak 10 responden (20%). Pendidikan terakhir tertinggi yaitu tamat SMA sebanyak 16 responden (32%). Status pekerjaan tertinggi yaitu tidak bekerja sebanyak 40 responden (80%). Berdasarkan Asal Rujukan 60% dari Puskesmas, 20% dari Rumah Sakit, 45% yang di rujuk dari Rumah Sakit berasal dari BBKPM. 100% kebutuhan obatnya selalu terpenuhi, 100% mendapatkan informasi mengenai MDR-TB, 100% merasakan efek samping, 49 responden (98%) merasakan efek samping sejak awal melakukan pengobatan dan 1 responden (2%) baru merasakan efek samping saat 6 bulan pengobatan, 49 responden (98%) merasakan efek samping berupa mual dan pusing dan 1 responden (2%) mengalami gangguan pendengaran, 100% memiliki PMO. Untuk penelitian selanjutnya sebaiknya melakukan penelitian dengan melihat hubungan antar variabel, agar dapat melihat variabel yang menjadi faktor risiko MDR-TB.

Kata Kunci : MDR-TB, Efek samping, PMO

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar belakang

Pembangunan kesehatan merupakan bagian utama dari misi pemerintah dalam upaya pembangunan yang menghasilkan manusia - manusia Indonesia yang unggul dengan meningkatkan kecerdasan dan kesehatan fisik melalui pendidikan, kesehatan dan perbaikan gizi serta merupakan misi kelima untuk mencapai pembangunan kesehatan yang berkeadilan. Hal ini tertuang dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2015-2019. Dalam RPJMN tersebut, salah satu misi pemerintah adalah mewujudkan kualitas hidup masyarakat Indonesia yang tinggi, maju dan sejahtera (BPPN, 2014). Status derajat kesehatan dan asupan gizi masyarakat sebagai sasaran pembangunan kesehatan yang pertama menggambarkan prioritas yang akan dicapai dalam pembangunan kesehatan. Sasaran tersebut dikembangkan menjadi sasaran-sasaran yang lebih spesifik, termasuk sasaran angka kesembuhan penyakit Tuberkulosis, (Kemenkes RI, 2011).

Tuberkulosis merupakan salah satu masalah kesehatan masyarakat yang penting ditingkat global, regional, nasional, maupun lokal. Tuberkulosis adalah suatu penyakit infeksi menular yang disebabkan oleh basil atau bakteri *Mycobacterium Tuberkulosis* dengan gejala yang sangat bervariasi. Sebagian kuman TB menyerang Paru (TB Paru) tetapi dapat menyerang berbagai organ dan jaringan tubuh lainnya. Tuberkulosis juga merupakan penyakit dengan proses penularan yang sangat cepat. Penularan dapat terjadi ketika penderita TB batuk, bersin, berbicara, atau meludah, mereka memercikkan kuman TB atau bacilli ke udara. Setelah kuman TB masuk kedalam tubuh manusia melalui pernafasan,

kuman TB tersebut dapat menyebar dari paru ke bagian tubuh lainnya melalui sistem peredaran darah, sistem saluran limfe, saluran nafas, atau penyebaran langsung ke bagian-bagian tubuh lainnya (Kemenkes, 2012).

Penyakit Tuberculosis yang diwajibkan menelan Obat Anti Tuberculosis (OAT). OAT tersebut bertujuan untuk membunuh *Mycobacterium Tuberculosis* yang ada di dalam tubuh, karena sifatnya yang kuat maka harus di konsumsi selama 6 bulan meskipun penderita sudah tidak merasakan gejala-gejalanya lagi. Hal itu diwajibkan karena ditakutkan pasien yang tidak teratur dalam pengobatan, justru akan membahayakan penderita. Karena bakteri TB akan berkembang semakin banyak dan akan resisten terhadap OAT dan akan menderita Multidrug Resistance Tuberculosis (MDR-TB).

Multidrug-Resistance (MDR) adalah tahap atau kondisi di mana *Micobacterium tuberculosis* menjadi resisten minimal terhadap pemberian rifampisin dan juga INH (isonicotinylhydrazine) dengan atau tanpa OAT (Obat Anti TB) lainnya (Azmi, Abdullah Zhidqul, 2013).

Pada tahun 2015, diestimasikan terdapat 480.000 kasus baru dari Multidrug Resistant Tuberculosis (MDR-TB), dan tambahan 100.000 orang dengan Rifampicin-Resistant (RR-TB) yang juga baru memenuhi syarat untuk pengobatan MDR-TB. Data resistan obat menunjukkan bahwa 3,9% kasus dari 21% kasus TB yang sebelumnya ditangani diperkirakan memiliki rifampisin dan Multidrug resistant tuberculosis (MDR/RR-TB) pada tahun 2015. MDR/RR-TB menyebabkan 250.000 kematian pada tahun 2015 kebanyakan kasus kematian banyak terjadi di Asia. Sekitar 9,5% dari kasus MDR-TB memiliki tambahan kasus kekebalan terhadap obat, kekebalan obat yang banyak (XDR-TB). Sampai dengan hari ini , 117 negara diseluruh dunia telah melaporkan bahwa setidaknya ada satu kasus XDR-TB, (WHO, 2016).

Ancaman MDR-TB memunculkan wacana perlunya regulasi obat anti tuberculosis serta menekankan urgensi ketersediaan obat lini kedua. Kedua upaya ini memerlukan dukungan peningkatan kapasitas dan pelibatan organisasi profesi. Isu utama yang semakin menguat adalah urgensi untuk meningkatkan akses terutama bagi masyarakat miskin dan terpencil. Upaya ini perlu ditopang oleh berbagai hal, antara lain kemitraan, pengembangan desa siaga peduli TB, pendelegasian wewenang ke bidan/perawat desa untuk mendekatkan OAT untuk masyarakat miskin, peningkatan keterlibatan sektor terkait untuk masyarakat miskin dengan uraian tugas yang jelas, serta pelibatan sektor terkait dalam mengurangi faktor risiko.

Peningkatan pelayanan TB berkualitas di lapas dan rutan memerlukan perhatian lintas sektor secara khusus, terutama terkait dengan ancaman TB-HIV dan MDR-TB, Tantangan MDR-TB semakin nyata dalam periode lima tahun ke depan dan beban kasus MDR-TB semakin meningkat oleh karena meningkatnya insidensi MDR-TB, meningkatnya penularan MDR-TB, serta penanganan kasus MDR-TB yang tidak optimal. Masalah ini serta implikasi biaya yang mungkin ditimbulkannya telah disadari penuh dengan melakukan upaya untuk meningkatkan penemuan dan penanganan kasus MDR-TB secara bertahap di fasilitas pelayanan kesehatan yang ditunjuk. (Strategi Nasional Pengendalian TB di Indonesia 2010-2014)

Penanggulangan kasus MDR-TB dilakukan dengan menggunakan strategi DOTS Plus dimana “S” adalah strategi bukan Short course therapy sedangkan “plus” berarti menggunakan OAT lini kedua dan melakukan kontrol infeksi (Permenkes RI No 13 tahun 2013). Strategi DOTS Plus sebagai strategi yang direkomendasikan WHO untuk menanggulangi MDR-TB, mempunyai lima hal yang diutamakan yaitu: komitmen politis yang berkesinambungan dalam masalah

MDR, strategi penemuan kasus dengan pemeriksaan dahak secara mikroskopis, pengobatan dengan paduan Obat Anti Tuberkulosis (OAT) lini kedua dengan pengawasan langsung oleh Pengawas Menelan Obat (PMO), jaminan tersedianya OAT lini kedua secara teratur, menyeluruh dan tepat waktu dengan mutu terjamin, serta sistem pencatatan dan pelaporan secara baku untuk memudahkan pemantauan dan evaluasi program penanggulangan MDR-TB (Kemenkes RI, 2013).

Strategi DOTS plus memiliki kerangka kerja yang sama dengan strategi DOTS pada penanggulangan TB Paru. Perbedaannya terdapat pada jangka pengobatan dan penggunaan OAT lini kedua serta penderitanya. Jangka pengobatan TB paru dengan strategi DOTS dilakukan selama 6 bulan sedangkan untuk MDR-TB dengan strategi DOTS Plus dilakukan selama 2 tahun.

Indonesia menduduki peringkat ke 8 dari 27 negara yang mempunyai beban tinggi dan prioritas kegiatan untuk MDR-TB/XDR. Beban MDR-TB di 27 negara ini menyumbang 85% dari beban MDR-TB global. Di negara-negara yang termasuk dalam daftar ini, minimal diperkirakan terdapat 4000 kasus MDR-TB atau sekurang-kurangnya 10% dari seluruh kasus baru MDR-TB (Kemenkes RI, 2011).

penemuan kasus Multi Drugs Resisten (MDR) TB berdasarkan data 2011-2015 lanjutnya, cenderung mengalami kenaikan. Pada 2011 mencapai 103 kasus, 2012 ada 258 kasus, 2013 naik menjadi 358 kasus, 2014 naik lagi menjadi 614 kasus hingga 2015 mencapai 614 kasus (Dinkes Sul-Sel, 2011-2015).

Disepanjang tahun 2016, Dinkes kota Makassar mencatat ada 50 kasus MDR-TB baru yang dalam proses penanganan, sedangkan pasien yang meninggal dunia akibat penyakit tersebut sejak 1 Januari 2016 hingga 25 September 2016 mencapai lima orang. Sampai dengan tahun 2013 terdapat 13 RS Rujukan MDR-

TB di 12 provinsi yaitu RS persahabatan Jakarta, RS. dr. Soetomo dan, RS dr. Syaiful Anwar Jatim, RS. dr. Moewardi Jateng, RSUD Labuang Baji Sulsel, RS. Hasan Sadikin Jabar, RS Adam Malik Sumut, RS. Sanglah Bali, RS. Dr. Sardjito Yogyakarta, RSUD Jayapura papua, RSUD Depati Hamzah Babel, RSUD Arifin ahmad Riau, dan RSU Ahmad Mohtar Sumbar.

RSUD Labuang Baji menjadi salah satu pusat pengobatan untuk MDR-TB. Poli MDR-TB Labuang Baji mulai menerima pasien pada tahun 2011. Berdasarkan data sekunder Pasien yang dinyatakan suspect MDR-TB berasal dari berbagai puskesmas dan berbagai daerah di Sulawesi yang dirujuk untuk melakukan pemeriksaan lanjutan dan menjalani pengobatan (Rifaah Munawwarah dkk, 2013).

Hingga April 2017 tercatat ada 51 pasien MDR-TB yang sedang melakukan pengobatan di RSUD Labuang Baji setiap harinya di poli MDR-TB.

Berdasarkan data dan fakta di atas, peneliti mengambil subyek penelitian “Gambaran Faktor Risiko Pengobatan pasien Multidrug-Resistance Tuberculosis (MDR-TB) di RSUD Labuang Baji kota Makassar tahun 2017”.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang dan fakta paragraf-paragraf di atas maka yang menjadi rumusan masalah yaitu, “Bagaimana Gambaran Faktor Risiko Pengobatan Pasien *Multidrug-Resistance Tuberculosis* (MDR-TB) di RSUD Labuang Baji Kota Makassar Tahun 2017”

C. Definisi Operasional dan Ruang Lingkup Penelitian

1. Definisi Operasional

a. Penderita *Multidrug Resistance Tuberculosis* (MDR-TB)

- 1) Definisi operasional: penderita *Multidrug-resistance Tuberculosis* (MDR-TB) adalah pasien yang di diagnosa menderita *Multidrug-resistance Tuberculosis* (MDR) yang sedang melakukan pengobatan di RSUD Labuang Baji.
- b. Ketersediaan obat
 - 1) Definisi operasional: ketersediaan obat yang dimaksud oleh peneliti adalah ketersediaan obat untuk pasien penderita MDR-TB saat datang berobat.
 - 2) Kriteria objektif
 - i. Ya, jika ketersediaan obat untuk responden selalu terpenuhi,
 - ii. Tidak, jika ketersediaan obat untuk responden pernah tidak terpenuhi.
- c. Pemberian informasi dari petugas
 - 1) Definisi operasional: pemberian informasi yang dimaksud oleh peneliti adalah adanya informasi mengenai penyakit MDR-TB yang diberikan oleh petugas kesehatan kepada responden
 - 2) Kriteria objektif
 - i. Ya, jika responden mendapatkan informasi mengenai penyakit MDR-TB dari petugas kesehatan dan skornya $\geq 50\%$
 - ii. Tidak, jika responden tidak mendapatkan informasi mengenai penyakit MDR-TB dari petugas kesehatan dan skornya $< 50\%$
- d. Efek samping obat
 - 1) Definisi operasional: efek samping obat yang dimaksud peneliti adalah adanya efek samping yang dirasakan oleh responden setelah mengonsumsi obat MDR-TB.
 - 2) Kriteria objektif:

- i. Ya, jika responden merasakan efek samping setelah mengonsumsi obat MDR-TB
- ii. Tidak, jika responden tidak merasakan efek samping setelah mengonsumsi obat MDR-TB

e. Faktor PMO (Pengawas Minum Obat)

- 1) Definisi operasional: faktor PMO (Pengawas Minum Obat) yang dimaksud peneliti adalah adanya Pengawas minum obat responden selama menjalani pengobatan MDR-TB yang selalu mengingatkan responden untuk mengonsumsi obat.

- 2) Kriteria objektif:

- a. Ya, jika responden memiliki PMO (Pengawas Minum Obat) dan selalu mengingatkan untuk mengonsumsi obat dan skornya $\geq 50\%$
- b. Tidak, jika responden tidak memiliki PMO (Pengawas Minum Obat) dan selalu mengingatkan untuk mengonsumsi obat dan skornya $< 50\%$

- 2. Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di RSUD Labuang Baji Kota Makassar dan dilakukan pada April 2017 dengan populasi penelitian adalah semua pasien MDR-TB (Multidrug Resistance Tuberculosis) di RSUD Labuang Baji Kota Makassar yang telah menjalani pengobatan MDR-TB dan bersedia menjadi responden.

Penelitian ini menggunakan metode penelitian Survey Deskriptif atau Descriptive Study dengan pendekatan observasional. Data dikumpulkan menggunakan Kuesioner untuk mengetahui gambaran Pengobatan pasien Multidrug Resistance Tuberculosis (MDR-TB) di RSUD Labuang Baji Kota

Makassar Tahun 2017, serta melihat data sekunder berupa laporan kunjungan pasien MDR-TB di RSUD Labuang Baji Kota Makassar tahun 2015-2016.

D. Kajian Pustaka

(Rifaah Munawwarah, Ida Leida dan Wahiduddin, 2013) melakukan penelitian mengenai “Gambaran Faktor Risiko Pengobatan pasien TB-MDR RS Labuang Baji Kota Makassar Tahun 2013” dengan hasil penelitian menunjukkan 60,9% pasien TB-MDR adalah laki-laki, 46,7% yang berumur 31-40 tahun, 46,7% berpendidikan tamat SMA, dan 53,3% tidak bekerja, 66,7% pasien dengan lama berobat TB-MDR 1-6 bulan., 93,3% pasien dengan status resisten natural ketersediaan absen pasien, 100% obat selalu tersedia, 100% kie tersedia berupa penyuluhan langsung maupun buku, 100% pasien merasakan efek samping, 100% pasien memiliki PMO yaitu petugas kesehatan, 20% pasien memiliki anggota keluarga yang TB, 60,0% berobat TB > 1 kali dengan tipe terbanyak gagal k1, 80% pasien berobat teratur, 60% merasa jenuh dan sulit dalam hal biaya selama pengobatan. Hasil penelitian kualitatif menunjukkan faktor risiko yang paling dikeluhkan pasien adalah efek samping, jenuh dalam pengobatan, dan biaya selama pengobatan. Sebaiknya dilakukan perbaikan terhadap kualitas pelayanan pasien TB maupun TB-MDR agar dapat dicegah kemungkinan pasien tidak menyelesaikan pengobatan.

(Bintang Yinke Magdalena Sinaga, 2013) melakukan penelitian mengenai ”Karakteristik Penderita Multidrug Resistant Tuberculosis yang Mengikuti Programmatic Management of Drug-Resistant Tuberculosis di Rumah Sakit Umum Pusat H. Adam Malik Medan”. Dari 114 pasien suspek mdr tb, 14 orang didiagnosis

mdr tb (12,28%). Dengan hasil karakteristik dominan adalah 64,28% Perempuan, 42,86% berusia 33-44 tahun, 50% slta, 42,87% ibu rumah tangga, 64,29% menikah. Semua mempunyai riwayat mengkonsumsi obat anti tuberkulosis (oat). Gejala terbanyak sesak napas (57%). Gambaran foto toraks infiltrat dan nodul pada 92,85% pasien, kavitas 42,85% pasien. Pola resistensi 4 pasien (28,58%) resisten terhadap rifampisin dan inh; 2 pasien (14,28%) Resistensi rifampisin, inh, etambutol, streptomisin; 2 pasien (14,28%) resisten terhadap rifampisin, inh, etambutol, streptomisin, Kanamisin. Resistensi terhadap rifampisin, inh, etambutol; 3 pasien (21,43%) resisten terhadap rifampisin, inh, streptomisin; 3 pasien (21,43%).

(Sri Melati Munir, Arifin Nawas dan Dianiaty K Soetoyo, 2010) melakukan penelitian mengenai “Pengamatan Pasien Tuberkulosis Paru Dengan Multidrug Resistant (TB-MDR) di Poli klinik Paru Rsup Persahabatan”. Dengan hasil pasien tuberkulosis paru dengan Multidrug Resistant (TB-MDR) memiliki karakteristik umur Sama dengan tuberkulosis paru yaitu umur produktif berkisar 25-34 tahun jika dilihat secara Keseluruhan. Resistensi oat yang terbanyak resistensi sekunder yaitu 78 (77,2%) dan didominasi jenis resistensi terhadap rifampisin dan isoniazid yaitu 51 (50,5%) sedangkan resistensi primer cukup tinggi yaitu 22,8% dari semua pasien yang terdiagnosis TB-MDR. Karakteristik pasien TB-MDR jenis kelamin yang terbanyak pasien laki-laki sebanyak 53 orang (52,5%). Berat badan yang terbanyak didapatkan 30-40 kg 30 orang (29,7%). Komorbid yang terbanyak adalah diabetes melitus sebanyak 13 orang (12,9%). Pengobatan TB-MDR tidak sesuai dengan rejimen, dosis dan lamanya terapi sehingga mempengaruhi angka kesembuhan pasien TB-MDR. Monitor yang dilakukan pada pasien TB-MDR tidak sesuai

dengan program yang sudah dilakukan oleh WHO sehingga mempengaruhi penatalaksanaan pasien TB-MDR. Hasil pengobatan yang dilakukan pada 93 pasien yang diobati didapatkan hasil pengobatan lengkap 11 (11,8%), pengobatan selesai 6 (6,5%) dan sembuh 2 (2,1%) sedangkan yang masih diobati terdapat 16 orang (15,9%). Putus obat didapatkan 32 (31,6%) dan gagal TB-MDR didapatkan 26 (25,7%).

(Dwi Sarwani Sr , Sri Nurlaela dan Isnani Zahrotul A, 2012) melakukan penelitian mengenai “Faktor Risiko Multidrug Resistant Tuberculosis (MDR-TB)”. Dengan hasil Hasil penelitian menunjukkan bahwa faktor risiko yang terbukti berpengaruh terhadap kejadian Multi Drug Resistant (MDR-TB) yaitu motivasi penderita yang rendah OR =4,2 (CI=1,478-11,94) dan ketidakteraturan berobat OR=2,3 (CI=1,38–10,28). Diperlukan berbagai dukungan khususnya yang berasal dari keluarga dan lingkungan pasien agar dapat memotivasi penderita TB paru bahwa penyakitnya dapat disembuhkan dan melakukan pengobatan dengan teratur. Simpulan penelitian adalah motivasi penderita yang rendah dan ketidakteraturan berobat berpengaruh terhadap kejadian Multi Drug Resistant.

E. Tujuan dan Kegunaan Penelitian

1. Tujuan Penelitian

a. Tujuan Umum

Untuk mengetahui gambaran faktor risiko pengobatan pasien *Multidrug-resistance Tuberculosis* (MDR-TB) di RSUD Labuang Baji kota Makassar Tahun 2017.

b. Tujuan Khusus

1. Untuk mengetahui gambaran karakteristik pasien *Multidrug-resistance Tuberculosis* (MDR-TB) di RSUD Labuang Baji kota Makassar tahun 2017.
2. Untuk mengetahui gambaran faktor ketersediaan obat pasien *Multidrug-resistance Tuberculosis* (MDR-TB) di RSUD Labuang Baji kota Makassar Tahun 2017.
3. Untuk mengetahui gambaran pemberian informasi dari petugas kepada pasien *Multidrug-resistance Tuberculosis* (MDR-TB) di RSUD Labuang Baji kota Makassar Tahun 2017.
4. Untuk mengetahui gambaran efek samping obat yang dirasakan pasien *Multidrug-resistance Tuberculosis* (MDR-TB) di RSUD Labuang Baji kota Makassar Tahun 2017.
5. Untuk mengetahui gambaran faktor PMO (Pengawas Minum Obat) pasien *Multidrug-resistance Tuberculosis* (MDR-TB) di RSUD Labuang Baji kota Makassar Tahun 2017.

2. Kegunaan Penelitian

a. Bagi Institusi Pelayanan Kesehatan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi referensi bagi penentu kebijakan di rumah sakit untuk meningkatkan kualitas pelayanan yang diberikan petugas kesehatan kepada pasien.

b. Bagi Tenaga Kesehatan

Hasil penelitian ini dapat memberi wawasan, pengetahuan tenaga kesehatan tentang bagaimana gambaran pengobatan pasien, sehingga dapat meningkatkan kualitas pelayanannya.

c. Bagi Peneliti

Menambah wawasan sebagai sarana untuk menerapkan ilmu dalam bidang kesehatan Masyarakat, agar bisa melakukan upaya-upaya preventif untuk dirinya dan masyarakat.



BAB II

TINJAUAN TEORITIS

A. Multidrug Resistance Tuberculosis (MDR-TB)

1. Pengertian *Multidrug Resistance Tuberculosis* (MDR-TB)

Resistensi *M.tuberculosis* terhadap OAT adalah keadaan di mana bakteri tersebut sudah tidak dapat lagi dimusnahkan dengan OAT. TB resistan OAT pada dasarnya adalah suatu fenomena buatan manusia, sebagai akibat dari pengobatan pasien TB yang tidak adekuat maupun penularan dari pasien TB resistan OAT. Penatalaksanaan TB resistan OAT lebih rumit dan memerlukan perhatian yang lebih banyak dari pada penatalaksanaan TB yang tidak resistan. Penerapan Manajemen Terpadu Pengendalian TB Resistan Obat menggunakan kerangka kerja yang sama dengan strategi DOTS dengan beberapa penekanan pada setiap komponennya (Kemenkes RI, 2013).

2. Penyebab MDR-TB (*Multidrug Resistance Tuberculosis*)

Tuberkulosis adalah penyakit menular yang disebabkan oleh kuman TBC (*Mycobacterium tuberculosis*). Sebagian besar kuman TBC menyerang paru, tetapi dapat juga mengenai organ tubuh lainnya (Kemenkes, 2011). Kuman ini berbentuk batang, mempunyai sifat khusus yaitu tahan terhadap asam pada pewarnaan. Oleh karena itu disebut pula Basil Tahan Asam (BTA). Kuman TBC cepat mati dengan sinar matahari langsung, tetapi dapat bertahan hidup beberapa jam di tempat yang gelap dan lembab. Dalam jaringan tubuh kuman ini dapat dormant, tertidur lama selama beberapa tahun (Kemenkes RI, 2014).

Faktor utama penyebab terjadinya resistansi kuman terhadap OAT adalah ulah manusia sebagai akibat tata laksana pengobatan pasien TB yang tidak

dilaksanakan dengan baik. Penatalaksanaan pasien TB yang tidak adekuat tersebut dapat ditinjau dari sisi :

1. Pemberi jasa/petugas kesehatan, yaitu karena :

- a. Diagnosis tidak tepat,
- b. Pengobatan tidak menggunakan paduan yang tepat,
- c. Dosis, jenis, jumlah obat dan jangka waktu pengobatan tidak adekuat,
- d. Penyuluhan kepada pasien yang tidak adekuat

2. Pasien, yaitu karena :

- a. Tidak mematuhi anjuran dokter/ petugas kesehatan
- b. Tidak teratur menelan paduan OAT,
- c. Menghentikan pengobatan secara sepihak sebelum waktunya.
- d. Gangguan penyerapan obat

3. Program Pengendalian TB , yaitu karena :

- a. Persediaan OAT yang kurang
- b. Kualitas OAT yang disediakan rendah (*Pharmaco-vigillance*).

3. Strategi Pengendalian ((MDR-TB) *Multidrug Resistance Tuberculosis*

Penerapan Manajemen Terpadu Pengendalian TB Resistan Obat menggunakan kerangka kerja yang sama dengan strategi DOTS, untuk saat ini upaya penanganannya lebih diutamakan pada kasus MDR-TB. Setiap komponen dalam penatalaksanaan pasien TB Resistan Obat lebih kompleks dan membutuhkan biaya lebih banyak daripada penatalaksanaan pasien TB tidak Resistan Obat. Dengan menangani pasien TB Resistan Obat dengan benar maka akan mendukung tercapainya tujuan dari Program Pengendalian TB Nasional.

Komponen dalam Manajemen Terpadu Pengendalian TB Resistan Obat adalah:

a. Komitmen Politik yang berkesinambungan

Komitmen politis yang berkesinambungan sangat penting untuk menerapkan dan mempertahankan komponen DOTS lainnya. Dibutuhkan investasi dan komitmen yang berkesinambungan untuk menjamin kondisi yang mendukung terintegrasinya manajemen kasus TB Resistan Obat ke dalam program TB nasional. Kondisi yang mendukung tersebut diantaranya adalah pengembangan infrastruktur, pengembangan Sumber Daya Manusia, kerja sama lintas program dan lintas sektor, dukungan dari kebijakan – kebijakan pengendalian TB untuk pelaksanaan program secara rasional, termasuk tersedianya OAT lini kedua dan sarana pendukung lainnya. Selain itu, Program Pengendalian TB Nasional harus diperkuat untuk mencegah meningkatnya kejadian MDR-TB dan timbulnya TB XDR.

b. Strategi penemuan pasien TB Resistan Obat yang rasional melalui pemeriksaan biakan dan uji kepekaan.

Diagnosis yang akurat dan tepat waktu adalah landasan utama dalam Program Pengendalian TB Nasional, termasuk mempertimbangkan perkembangan teknologi yang sudah ada maupun baru. Resistansi obat harus didiagnosis secara tepat sebelum dapat diobati secara efektif. Proses penegakan diagnosis TB Resistan Obat adalah pemeriksaan apusan dahak secara mikroskopis, biakan, dan uji kepekaan yang dilakukan di laboratorium rujukan yang sudah tersertifikasi oleh laboratorium supra nasional.

c. Pengelolaan pasien TB Resistan Obat yang baik menggunakan strategi pengobatan yang tepat dengan OAT lini kedua.

Untuk mengobati pasien TB Resistan Obat, diperlukan paduan OAT lini kedua dan lini satu yang masih sensitif dan berkualitas dengan panduan pengobatan

yang tepat. OAT lini kedua lebih rumit dalam pengelolaannya antara lain penentuan paduan obat, dosis, cara pemberian, lama pemberian, perhitungan kebutuhan, penyimpanan dan sebagainya. Selain itu, harga OAT lini dua jauh lebih mahal, potensi yang dimiliki lebih rendah, efek samping lebih banyak dan lebih berat daripada OAT lini pertama. Strategi pengobatan yang tepat adalah pemakaian OAT secara rasional, pengobatan didampingi pengawas menelan obat yang terlatih yaitu petugas kesehatan. Pengobatan didukung oleh pelayanan MDR-TB dengan keberpihakan kepada pasien, serta adanya prosedur tetap untuk mengawasi dan mengatasi kejadian efek samping obat (Pedoman Nasional Pengendalian Tuberkulosis, 2011)

d. Jaminan ketersediaan OAT lini kedua berkualitas yang tidak terputus.

Pengelolaan OAT lini kedua lebih rumit daripada OAT lini pertama. Hal ini disebabkan oleh beberapa hal, antara lain : waktu kadaluarsa yang lebih singkat, cara penghitungan kebutuhan pemakaian yang berdasar kebutuhan per individual pasien, jangka waktu pemberian yang berbeda sesuai respons pengobatan, beberapa obat memerlukan cara penyimpanan khusus yang tidak memungkinkan untuk dikemas dalam sistem paket. Kerumitan tersebut memerlukan upaya tambahan dari petugas farmasi/ petugas kesehatan yang terlibat dalam pengelolaan OAT lini kedua di setiap jenjang, dimulai dari perhitungan kebutuhan, penyimpanan, sampai persiapan pemberian OAT kepada pasien.

Untuk menjamin tidak terputusnya pemberian OAT, maka stok OAT harus tersedia dalam jumlah cukup untuk minimal 6 bulan sebelum obat diperkirakan habis. OAT lini kedua yang digunakan harus berkualitas dan sesuai standar WHO.

e. Pencatatan dan pelaporan secara baku

Prosedur penegakan diagnosis TB Resistan Obat memerlukan waktu yang bervariasi (tergantung metode yang dipakai), masa pengobatan yang panjang dan

tidak sama lamanya, banyaknya jumlah OAT yang ditelan, efek samping yang mungkin ditimbulkan, merupakan hal-hal yang menyebabkan perbedaan antara pencatatan pelaporan program Manajemen Terpadu Pengendalian TB Resistan Obat dengan sistem yang dipakai untuk TB tidak Resistan Obat yang selama ini sudah berjalan. Perbedaannya antara lain adalah adanya pencatatan hasil pemeriksaan biakan dan uji kepekaan OAT, pengawasan pemberian pengobatan dan respons selama masa pengobatan serta setelah masa pengobatan selesai. Hasil pencatatan dan pelaporan diperlukan untuk analisis kohort, untuk menghitung indikator antara dan laporan hasil pengobatan.

1. Penatalaksanaan Pasien MDR-TB (*Multidrug Resistance Tuberculosis*)

- a. Penemuan Pasien

Penemuan pasien TB Resistan Obat adalah suatu rangkaian kegiatan yang dimulai dengan penemuan suspek TB Resistan Obat menggunakan alur penemuan baku dilanjutkan proses penegakan diagnosis TB Resistan Obat dengan pemeriksaan dahak selanjutnya didukung juga dengan kegiatan edukasi pada pasien dan keluarganya supaya penyakit dapat dicegah penularannya kepada orang lain. Semua kegiatan yang dilakukan dalam kegiatan penemuan pasien TB Resistan Obat dalam Manajemen Terpadu Pengendalian TB Resistan Obat harus dicatat dalam buku bantu rujukan suspek MDR-TB, formulir rujukan suspek MDR-TB dan formulir register suspek MDR-TB (TB 06 MDR) sesuai dengan fungsi fasyankes (WHO, 2008)

- b. Resistansi terhadap obat anti TB (OAT)

Resistansi kuman *M.tuberculosis* terhadap OAT adalah keadaan dimana bakteri sudah tidak dapat lagi dibunuh dengan OAT.

Terdapat 5 kategori resistansi terhadap OAT yaitu:

- 1) *Monoresistan*: resistan terhadap salah satu OAT, misalnya resistan isoniazid (H)
- 2) *Poliresistan*: resistan terhadap lebih dari satu OAT, selain kombinasi isoniazid (H) dan rifampisin (R), misalnya resistan isoniazid dan ethambutol (HE), rifampicin ethambutol (RE), isoniazid ethambutol dan streptomisin (HES), rifampicin ethambutol dan streptomisin (RES)
- 3) *Multi Drug Resistan (MDR)*: resistan terhadap isoniazid dan rifampisin, dengan atau tanpa OAT lini pertama yang lain, misalnya resistan HR, HRE, HRES
- 4) *Ekstensif Drug Resistan (XDR)*:
- 5) *MDR-TB* disertai resistansi terhadap salah satu obat golongan fluorokuinolon dan salah satu dari OAT injeksi lini kedua (*kapreomisin, kanamisin, dan amikasin*).
- 6) *Total Drug Resistan (Total DR)*.
Resistansi terhadap semua OAT (lini pertama dan lini kedua) yang sudah dipakai saat ini.

c. Suspek TB Resistan Obat

Suspek TB Resistan Obat adalah semua orang yang mempunyai gejala TB yang memenuhi satu atau lebih kriteria suspek di bawah ini:

- 1) Pasien TB kronik
- 2) Pasien TB pengobatan kategori 2 yang tidak konversi
- 3) Pasien TB yang mempunyai riwayat pengobatan TB Non DOTS
- 4) Pasien TB pengobatan kategori 1 yang gagal
- 5) Pasien TB pengobatan kategori 1 yang tidak konversi setelah pemberian sisipan.
- 6) Pasien TB kasus kambuh (relaps), kategori 1 dan kategori 2

- 7) Pasien TB yang kembali setelah lalai berobat/default
- 8) Suspek TB yang mempunyai riwayat kontak erat dengan pasien MDR-TB
- 9) Pasien koinfeksi TB-HIV yang tidak respon terhadap pemberian OAT

Definisi kasus TB tersebut di atas mengacu kepada Buku Pedoman Nasional Pengendalian TB tahun 2011:

1. Kasus Kronik

Yaitu pasien TB dengan hasil pemeriksaan masih BTA positif setelah selesai pengobatan ulang dengan paduan OAT kategori-2. Hal ini ditunjang dengan rekam medis dan atau riwayat pengobatan TB sebelumnya.

2. Kasus Gagal Pengobatan

- a. Yaitu pasien baru TB BTA Positif dengan pengobatan kategori I yang hasil pemeriksaan dahaknya tetap positif atau kembali positif pada bulan kelima atau lebih selama pengobatan.
- b. Pasien baru TB BTA Negatif, foto toraks mendukung proses spesifik TB dengan pengobatan kategori I, yang hasil pemeriksaan dahaknya menjadi positif pada akhir tahap awal.

3. Kasus Kambuh (*relaps*)

Yaitu pasien TB yang sebelumnya pernah mendapatkan pengobatan TB dan telah dinyatakan sembuh atau pengobatan lengkap, didiagnosis kembali dengan hasil pemeriksaan dahak mikroskopis dan biakan positif.

4. Pasien kembali setelah lalai berobat/default

Pasien yang kembali berobat setelah lalai paling sedikit 2 bulan dengan pengobatan kategori-1 atau kategori-2 serta hasil pemeriksaan dahak menunjukkan BTA positif (Kemenkes RI, 2011).

M. Tuberculosis dapat berada di luar wilayah kerja fasyankes rujukan MDR-TB, selama aksesibiliti pelayanan laboratorium dapat dipenuhi (Kemenkes RI, 2012)

2. Alur Penemuan Kasus MDR-TB

a. Penegakan Diagnosa

1) Strategi Diagnosis MDR-TB

Pemeriksaan laboratorium untuk uji kepekaan *M.tuberculosis* dilakukan dengan metode standar yang tersedia di Indonesia:

a) Metode konvensional

Menggunakan media padat (*Lowenstein Jensen/ LJ*) atau media cair (MGIT).

b) Tes Cepat (*Rapid Test*).

Menggunakan cara Hain atau Gene Xpert. Pemeriksaan uji kepekaan *M.tuberculosis* yang dilaksanakan adalah pemeriksaan untuk obat lini pertama dan lini kedua.

2) Prosedur Dasar Diagnostik Untuk Suspek MDR-TB

a) Pemeriksaan biakan dan uji kepekaan *M.tuberculosis* untuk OAT lini kedua bersamaan dengan OAT lini pertama

Pemeriksaan ini dilakukan untuk kasus pasien TB kronis dan pasien TB yang mempunyai riwayat pengobatan TB Non DOTS Suspek TB yang mempunyai riwayat kontak erat dengan kasus TB XDR konfirmasi.

b) Pemeriksaan uji kepekaan *M.tuberculosis* untuk OAT lini kedua setelah terbukti menderita MDR-TB.

Pemeriksaan ini dilakukan untuk kasus pasien TB pengobatan kategori 2 yang tidak konversi, pasien pengobatan kategori 1 yang gagal, pasien TB pengobatan kategori 1 yang tidak konversi setelah pemberian sisipan, pasien

kambuh (*relaps*), kategori 1 dan kategori 2, pasien yang berobat kembali setelah lalai berobat/*default*, kategori 1 dan kategori 2, suspek TB yang mempunyai riwayat kontak erat dengan pasien MDR-TB, pasien koinfeksi TB-HIV yang tidak respon terhadap pemberian OAT.

- c) Pemeriksaan uji kepekaan *M.tuberculosis* untuk OAT lini kedua atas indikasi khusus.

Pemeriksaan ini dilakukan untuk kasus setiap pasien yang hasil biakan tetap positif pada atau setelah bulan ke empat pengobatan menggunakan paduan obat standar yang digunakan pada pengobatan MDR-TB dan pasien yang mengalami rekonversi biakan menjadi positif kembali setelah pengobatan MDR-TB bulan ke empat.

Sambil menunggu hasil uji kepekaan *M.tuberculosis* di laboratorium rujukan MDR-TB, maka suspek MDR-TB akan tetap meneruskan pengobatan sesuai dengan pedoman penanggulangan TB Nasional di tempat asal rujukan, kecuali pada kasus kronik, pengobatan sementara tidak diberikan. Suspek MDR-TB tersebut akan diberikan penyuluhan tentang pengendalian infeksi. Kesalahan laboratorium seperti kesalahan pemberian identifikasi (label) dan kontaminasi silang diantara spesimen dapat mengakibatkan hasil positif palsu atau negatif palsu. Mengacu kepada semua tersebut di atas, hasil pemeriksaan laboratorium harus selalu dikaitkan dengan kondisi klinis pasien; bilamana perlu pemeriksaan laboratorium dapat diulang (Kemenkes RI, 2013).

3. Tahap Pengobatan MDR-TB

OAT untuk pengobatan MDR-TB. Pengobatan pasien MDR-TB menggunakan paduan OAT yang terdiri dari OAT lini pertama dan lini kedua, yang dibagi dalam 5 kelompok berdasar potensi dan efikasinya, yaitu :

Tabel 1.1
Paduan OAT (Obat Anti Tuberkulosis)

Golongan	Jenis	Obat
Golongan-1	Obat lini pertama	<ul style="list-style-type: none"> • Isoniazid (H) • Rifampisin (R) • Etambutol (E) • Oirazinamid (Z) • Steptomisin (S)
Golongan-2	Obat suntik lini kedua	<ul style="list-style-type: none"> • Kanamisin (Km) • Amikasin (Am) • Kapreomisin (Cm)
Golongan-3	Golongan Florokuinolone	<ul style="list-style-type: none"> • Levofloksasin (Lfx) • Moksifloksasin (Mfx) • Ofloksasin (Ofx)
Golongan-4	Obat bakteriostatik lini kedua	<ul style="list-style-type: none"> • Etoinamid (Eto) • Protionamid (Pto) • Sikloserin (Cs) • Terizidon (Trd) • Para amino salisilat (Pas)
Golongan-5	Obat yang belum terbukti efikasinya dan tidak direkomendasikan oleh WHO	<ul style="list-style-type: none"> • Clofazimin (Cfz) • Linezolid (Lzd) • Amoksilin/Asam klavulanat (Amx/Clv) • Clarithromisin (Clr) • Impinem (Ipm)

Sumber : *Pedoman Manajemen Terpadu pengendalian Tuberkulosis Resistan Obat*, 2013.

a. Tahap awal

Tahap awal adalah tahap pengobatan dengan menggunakan obat suntikan (kanamisin atau kapreomisin) yang diberikan sekurangkurangnya selama 6 bulan atau 4 bulan setelah terjadi konversi biakan.

b. Tahap rawat inap di Rumah Sakit

TAK menetapkan pasien perlu rawat inap atau tidak. Bila memang diperlukan, rawat inap akan dilaksanakan maksimal 2 minggu dengan tujuan untuk

mengamati efek samping obat dan KIE yang intensif. Pada pasien yang menjalani rawat inap, TAK menentukan kelayakan rawat jalan berdasarkan:

- 1) Tidak ditemukan efek samping pengobatan atau efek samping yang terjadi dapat ditangani dengan baik.
- 2) Keadaan umum pasien cukup baik.
- 3) Pasien sudah mengetahui cara minum obat dan jadwal suntikan sesuai dengan pedoman pengobatan MDR-TB.
- 4) Sebelum pasien memulai rawat jalan, TAK menetapkan fasyankes untuk meneruskan pengobatan. Bila rawat jalan akan dilaksanakan di fasyankes satelit/sub rujukan MDR-TB dan membuat surat pengantar ke fasyankes tujuan.

c. Tahap rawat jalan

Selama tahap awal baik obat suntikan dan obat minum diberikan oleh petugas kesehatan di hadapan Pengawas Menelan Obat (PMO) kepada pasien. Pada tahap rawat jalan obat oral ditelan dihadapan petugas kesehatan/ kader kesehatan yang berfungsi sebagai PMO.

- 1) Pasien mendapat obat oral setiap hari, 7 hari seminggu (Senin s/d Minggu) Suntikan diberikan 5 hari dalam seminggu (Senin sd Jumat). Pasien menelan obat di hadapan petugas kesehatan/PMO.
- 2) Seminggu sekali pasien diupayakan bertemu dokter di fasyankes untuk berkonsultasi dan pemeriksaan fisik.
- 3) Pasien yang diobati di fasyankes satelit akan berkonsultasi dengan dokter di fasilitas rujukan minimal sekali dalam sebulan (jadwal kedatangan disesuaikan dengan jadwal pemeriksaan dahak atau pemeriksaan laboratorium lain).
- 4) Dokter fasyankes satelit memastikan:

- a) Pasien dirujuk ke fasyankes rujukan MDR-TB untuk pemeriksaan dahak *follow up* sekali setiap bulan. Tim Ahli Klinis fasyankes rujukan MDR-TB akan mengirim sampel dahak ke laboratorium rujukan.
- b) Pasien mungkin juga dirujuk ke laboratorium penunjang untuk pemeriksaan rutin lain yang diperlukan.
 - (1) Upayakan agar spesimen dahak atau pemeriksaan lain diambil di poli MDR-TB untuk lebih mempermudah pasien dan mengurangi risiko penularan.
 - (2) Mencatat perjalanan penyakit pasien dan melaporkan kepada TAK di fasyankes rujukan MDR-TB bila ada keadaan/kejadian khusus.
- d. Tahap lanjutan
 - 1) Tahap lanjutan adalah tahap pengobatan setelah selesai pengobatan tahap awal dan pemberian suntikan dihentikan.
 - 2) Konsultasi dengan dokter dilakukan minimal sekali setiap bulan.
 - 3) Pasien yang berobat di fasyankes satelit akan mengunjungi fasyankes Rujukan MDR-TB setiap 2 bulan untuk berkonsultasi dengan dokter (sesuai dengan jadwal pemeriksaan dahak dan biakan).
 - 4) Obat tetap disimpan fasyankes, pasien minum obat setiap hari di bawah pengawasan petugas kesehatan yang bertindak sebagai PMO.
 - 5) Indikasi perpanjangan pengobatan sampai dengan 24 bulan berdasarkan adanya kasus kronik dengan kerusakan paru yang luas.

عَنْ أَبِي هُرَيْرَةَ رَضِيَ اللَّهُ عَنْهُ عَنِ النَّبِيِّ صَلَّى اللَّهُ عَلَيْهِ وَسَلَّمَ قَالَ مَا أَنْزَلَ اللَّهُ دَاءً إِلَّا أَنْزَلَ لَهُ شِفَاءً

Terjemahnya :

dari Abu Hurairah radliallahu 'anhu dari Nabi shallallahu 'alaihi wasallam beliau bersabda: *Tidaklah Allah menurunkan sebuah penyakit melainkan menurunkan pula obatnya.* (HR. Al-Bukhari dan Muslim)

Hadits diatas menunjukkan bahwa semua penyakit yang diturunkan Allah SWT pasti ada obatnya. Hal ini dapat menjadi motivasi bagi pasien penderita MDR-TB agar tidak putus asa dan bersemangat menjalani pengobatan hingga tuntas dan tetap berdoa kepada Allah SWT untuk kesembuhannya, karena sesungguhnya segala macam penyakit yang Allah SWT turunkan pasti Allah SWT menurunkan pula obatnya dan penderita akan sembuh atas izinNya.

4. Penanganan Efek Samping OAT dan Penanganannya

Pemantauan terjadinya efek samping sangat penting pada pengobatan pasien MDR-TB, karena dalam paduan OAT MDR terdapat OAT lini kedua yang memiliki efek samping yang lebih banyak dibandingkan dengan OAT lini pertama. Semua OAT yang digunakan untuk pengobatan pasien MDR-TB mempunyai kemungkinan untuk timbul efek samping baik ringan, sedang, maupun berat. Bila muncul efek samping pengobatan, kemungkinan pasien akan menghentikan pengobatan tanpa memberitahukan TAK/petugas fasyankes (*default*), sehingga KIE mengenai gejala efek samping pengobatan harus dilakukan sebelum pasien memulai pengobatan MDR-TB. Selain itu penanganan efek samping yang baik dan adekuat adalah kunci keberhasilan pengobatan MDR-TB.

a. Pemantauan efek samping selama pengobatan.

1. Deteksi dini efek samping selama pengobatan sangat penting, karena semakin cepat ditemukan dan ditangani maka prognosis akan lebih baik, untuk itu pemantauan efek samping pengobatan harus dilakukan setiap hari.
2. Efek samping OAT berhubungan dengan dosis yang diberikan.
3. Gejala efek samping pengobatan harus diketahui petugas kesehatan yang menangani pasien, dan juga oleh pasien dan keluarga.
4. Semua efek samping pengobatan yang dialami pasien harus tercatat dalam formulir efek samping pengobatan.

b. Tempat penatalaksanaan efek samping

1. Fasyankes MDR-TB menjadi tempat penatalaksanaan efek samping pengobatan, tergantung pada berat atau ringannya gejala.
2. Dokter fasyankes satelit MDR-TB akan menangani efek samping ringan sampai sedang; serta melaporkannya ke fasyankes rujukan MDR-TB.
3. Pasien dengan efek samping berat dan pasien yang tidak menunjukkan perbaikan setelah penanganan efek samping ringan atau sedang harus segera dirujuk ke fasyankes rujukan MDR-TB.

Tabel 2.1
Efek Samping Ringan Dan Sedang Yang Sering Muncul

No	Efek samping	Kemungkinan OAT penyebab	Tindakan
1	Reaksi kulit ringan alergi	Z, E,Eto, PAS, Km, Cm	Lanjutkan pengobatan OAT. - Berikan Antihistamin p.o atau hidrokortison krim - Minta pasien untuk kembali bila gejala tidak hilang atau menjadi bertambah berat
2	Reaksi kulit alergi sedang dengan/ tanpa demam	Z, E,Eto, PAS, Km, Cm	- Hentikan semua OAT dan segera rujuk ke fasyankes rujukan. - Jika pasien dengan demam berikan parasetamol (0.5 – 1 g, tiap 4-6 jam). - Berikan kortikosteroid suntikan yang tersedia misalnya hidrokortison 100 mg im atau deksametason 10 mg iv, dan dilanjutkan dengan preparat oral prednison atau deksametason sesuai indikasi.
3	Mual muntah ringan	Eto, PAS, Z, E, Lfx.	- Pengobatan tetap dilanjutkan. - Pantau pasien untuk mengetahui erat ringannya keluhan. - Singkirkan sebab lain seperti gangguan hati, diare karena infeksi, pemakaian alkohol atau merokok atau obat-obatan lainnya. - Berikan domperidon 10 mg 30 menit sebelum minum OAT -Untuk rehidrasi, berikan infus cairan IV jika perlu. - Jika berat, rujuk ke Pusat Rujukan TB MDR
4	Mual dan muntah berat	Eto, PAS, Z, E, Lfx.	Rawat inap untuk penilaian lanjutan jika gejala berat - Jika mual dan muntah tidak dapat diatasi hentikan ethionamid sampai gejala berkurang atau menghilang kemudian dapat ditelan kembali. - Jika gejala timbul kembali setelah etionamid kembali ditelan, hentikan semua pengobatan selama 1 minggu dan mulai kembali pengobatan

			<p>seperti dijadwalkan untuk memulai OAT TB MDR dengan dosis uji yaitu dosis terbagi.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Jika muntah terus menerus beberapa hari, lakukan pemeriksaan fungsi hati, kadar Kalium dan kadar kreatinin. - Berikan suplemen Kalium jika kadar kalium rendah atau muntah berlanjut beberapa hari. - Bila muntah terjadi bukan diawal terapi, muntah dapat merupakan tanda kekurangan kalium pada pasien yang mendapat suntikan kanamisin.
5	Anoreksia	Z, Eto, Lfx	Perbaiki gizi melalui pemberian nutrisi tambahan
6	Diare	PAS	<ul style="list-style-type: none"> - Konsultasi kejiwaan untuk menghilangkan dampak psikis dan depresi - KIE mengenai pengaturan diet, aktifitas fisik dan istirahat cukup. - Rehidrasi oral sampai dengan rehidrasi intravena bila muncul tanda dehidrasi berat. - Penggantian elektrolit bila perlu - Pemberian Loperamide, Norit - Pengaturan diet, menghindari makanan yang bisa memicu diare. - Pengurangan dosis PAS selama masih memenuhi dosis terapi
7	Nyeri kepala	Eto, Cs	<ul style="list-style-type: none"> - Pemberian analgesik bila perlu (aspirin, parasetamol, ibuprofen). - Hindari OAINS pada pasien dengan gastritis berat dan hemoptysis. - Tingkatkan pemberian Piridoksin menjadi 300 mg bila pasien mendapat Cs. - Bila tidak berkurang maka pertimbangkan konsultasi ke ahli jiwa untuk mengurangi faktor emosi yang mungkin berpengaruh. - Pemberian paduan Parasetamol dengan Kodein atau Amitriptilin bila nyeri kepala menetap.
8	Depresi	Cs, Lfx, Eto	Lakukan konseling kelompok atau perorangan. Penyakit kronik dapat merupakan faktor risiko depresi.

			<ul style="list-style-type: none"> - Rujuk ke Pusat Rujukan MDR-TB jika gejala menjadi berat dan tidak dapat diatasi di fasyankes satelit/Sub rujukan MDR-TB. - TAK bersama dokter ahli jiwa akan menganalisa lebih lanjut dan bila diperlukan akan mulai pengobatan anti depresi. - Pilihan Anti depresan yang dianjurkan adalah Amitriptilin atau golongan SSRI (Sentraline/ Fluoxetine) - Selain penanganan depresi, TAK akan merevisi susunan paduan OAT yang digunakan atau menyesuaikan dosis paduan OAT. - Gejala depresi dapat berfluktuasi selama pengobatan dan dapat membaik dengan berhasilnya pengobatan.
9	Nyeri di tempat suntikan	Km, Cm	<p>Suntikan diberikan di tempat yang bergantian</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pengenceran obat dan cara penyuntikan yang benar - Berikan kompres dingin pada tempat Suntikan

Sumber : Pedoman Manajemen Terpadu Pengendalian Tuberkulosis Resistan Obat, 2013

Tabel 2.2
Efek Samping Berat

No	Efek samping	Kemungkinan OAT Penyebab	Tindakan
1	Kelainan fungsi hati	Z,Eto,PAS,E, Lfx	<p>Hentikan semua OAT, rujuk segera pasien ke Pusat Rujukan PMDT</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien dirawat inapkan untuk penilaian lanjutan jika gejala menjadi lebih berat. - Periksa serum darah untuk kadar enzim hati. - Singkirkan kemungkinan penyebab lain, selain hepatitis. Lakukan anamnesis ulang tentang riwayat hepatitis sebelumnya.

2	Kelainan fungsi ginjal	Km, Cm	<p>Pasien berisiko tinggi yaitu pasien dengan diabetes melitus atau riwayat gangguan ginjal harus dipantau gejala dan tanda gangguan ginjal : edema, penurunan produksi urin, malaise, sesak nafas dan renjatan.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rujuk ke Pusat Rujukan PMDT bila ditemukan gejala yang mengarah ke gangguan ginjal. - TAK bersama ahli nefrologi atau ahli penyakit dalam akan menetapkan penatalaksanaannya.. Jika terdapat gangguan ringan (kadar kreatinin 1.5-2.2 mg/dl), hentikan kanamisin sampai kadar kreatinin menurun. TAK dengan rekomendasi ahli nefrologi akan menetapkan kapan suntikan akan kembali diberikan. - Untuk kasus sedang dan berat (kadar kreatinin > 2.2 mg/dl), hentikan semua obat dan lakukan perhitungan GFR. - Jika GFR atau klirens kreatinin (<i>creatinin clearance</i>) < 30 ml/menit atau pasien mendapat hemodialisa maka lakukan penyesuaian dosis OAT sesuai tabel penyesuaian dosis. - Bila setelah penyesuaian dosis kadar kreatinin tetap tinggi maka hentikan pemberian Kanamisin, pemberian Kapreomisin mungkin membantu.
3	Gangguan pendengaran	Km, Cm	<p>Periksa data baseline untuk memastikan bahwa gangguan pendengaran disebabkan oleh OAT atau sebagai pemburukan gangguan pendengaran yang sudah ada sebelumnya.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rujuk pasien segera ke fasyankes rujukan untuk diperiksa penyebabnya dan di konsulkan kepada TAK - Apabila penanganannya terlambat, gangguan pendengaran sampai dengan tuli dapat menetap. - Evaluasi kehilangan pendengaran dan singkirkan sebab lain seperti infeksi telinga, sumbatan dalam telinga, trauma, dll.

4	Gangguan penglihatan	E	<p>Gangguan penglihatan berupa kesulitan membedakan warna merah dan hijau. Meskipun gejala ringan etambutol harus dihentikan segera. obat lain diteruskan sambil dirujuk ke fasyankes rujukan.</p> <ul style="list-style-type: none"> - TAK akan meminta rekomendasi kepada ahli mata jika gejala tetap terjadi meskipun etambutol sudah dihentikan. - Aminoglikosida juga dapat menyebabkan gangguan penglihatan yang reversibel: silau pada cahaya yang terang dan kesulitan melihat.
---	----------------------	---	---

Sumber : Pedoman Manajemen Terpadu Pengendalian Tuberkulosis Resistan Obat, 2013



5. Evaluasi Hasil Akhir Pengobatan MDR-TB

a. Sembuh

Pasien dikatakan sembuh jika telah menyelesaikan pengobatan sesuai pedoman pengobatan MDR-TB, dan hasil biakan telah negatif minimal 5 kali berturut-turut dalam 12 bulan terakhir pengobatan serta jika dilaporkan ada satu hasil biakan positif selama kurun waktu tersebut dan tidak ada bukti perburukan klinis, pasien tetap dinyatakan sembuh, dengan syarat hasil biakan positif tersebut diikuti minimal 3 kali hasil biakan negatif berturut-turut.

b. Pengobatan lengkap

Pasien yang telah menyelesaikan pengobatan sesuai pedoman pengobatan tetapi tidak memenuhi definisi sembuh maupun gagal.

c. Meninggal

Pasien meninggal karena sebab apapun selama masa pengobatan.

d. Gagal

Pengobatan dinyatakan gagal jika ada 2 atau lebih dari 5 hasil biakan dalam 10 bulan terakhir masa pengobatan hasilnya positif, bila telah terjadi konversi dan hasil biakan kembali menjadi positif pada 6 bulan terakhir pengobatan, bila sampai bulan kedelapan pengobatan hasil biakan masih positif. Pengobatan juga dapat dikatakan gagal apabila TAK memutuskan menghentikan pengobatan lebih awal karena perburukan respon klinis, radiologis atau efek samping dan bila TAK memutuskan penggantian dua atau lebih OAT lini kedua yang berdasarkan pada hasil uji kepekaan OAT lini kedua.

e. *Lalai/Defaulted*

Pasien terputus pengobatannya selama dua bulan berturut-turut atau lebih dengan alasan apapun.

f. *Pindah*

Pasien yang pindah ke fasyankes Rujukan MDR-TB di daerah lain dibuktikan dengan balasan TB 09 MDR.

6. *Evaluasi Lanjutan Setelah Pasien Sembuh atau Pengobatan Lengkap*

- a. Fasyankes Rujukan MDR-TB membuat jadwal kunjungan untuk evaluasi pasca pengobatan.
- b. Evaluasi dilakukan setiap 6 bulan sekali selama 2 tahun, kecuali timbul gejala dan keluhan TB seperti batuk, produksi dahak, demam, penurunan berat badan dan tidak ada nafsu makan maka pasien segera datang ke fasyankes rujukan.
- c. Memberikan edukasi kepada pasien untuk mengikuti jadwal kunjungan yang telah ditentukan.
- d. Pemeriksaan yang dilakukan adalah anamnesis lengkap, pemeriksaan fisik, pemeriksaan dahak, biakan dan foto toraks.
- e. Pemeriksaan dilakukan untuk melihat/memastikan adanya kekambuhan.
- f. Memberikan edukasi kepada pasien untuk menjalankan PHBS seperti olah raga teratur, tidak merokok, konsumsi makanan bergizi, istirahat dan tidak mengonsumsi alkohol.

Dalam firman Allah SWT pada Q.S Asy-Syu'ara ayat 80 :

وَإِذَا مَرَضْتُ فَهُوَ يَشْفِينِ

Artinya :

“dan apabila aku sakit. Dialah yang menyembuhkan aku”

Menurut Quraish Shihab dalam bukunya Tafsir Al- Mishbah mengemukakan dalam Firman Allah : *“wa idza maridhtu/ dan apabila aku sakit”* berbeda dengan redaksi lainnya. Perbedaannya adalah penggunaan kata *idza/ apabila* dan mengandung makna besarnya kemungkinan atau bahkan kepastian terjadinya apa yang dibicarakan, dalam hal ini adalah sakit. Ini mengisyaratkan bahwa sakit berat atau ringan, fisik atau mental merupakan salah satu keniscayaan hidup manusia. Perbedaan kedua adalah pada redaksi yang menyatakan *“Apabila aku sakit”* bukan *“Apabila Allah menjadikan aku sakit”*. Namun demikian, dalam hal penyembuhan yang melakukannya adalah Allah swt.

Dalam kehidupan ini, ada yang dinamai hukum – hukum alam atau *“sunnatullah”*, yakni ketetapan – ketetapan Allah yang lazim berlaku dalam kehidupan nyata seperti hukum sebab – akibat. Misalnya seorang yang sakit lazimnya dapat sembuh apabila berobat dan mengikuti saran – saran dokter. Tetapi, jangan duga bahwa dokter atau obat yang diminum itulah yang menyembuhkan penyakit itu, tetapi yang menyembuhkan adalah Allah SWT.

B. Teori Penunjang Penelitian

1. Teori Lawrence Green

Green dalam Notoatmodjo (2010) mencoba menganalisis perilaku manusia dari tingkat kesehatan. Menurutnya, kesehatan manusia atau masyarakat dipengaruhi oleh 2 faktor pokok, yaitu faktor perilaku (*behaviour causes*) dan faktor di luar perilaku (*non-behaviour causes*).

Perilaku itu sendiri terbentuk atau ditentukan oleh 3 faktor, yaitu:

- a. Faktor-faktor predisposisi (*predisposing factors*), yaitu faktor-faktor yang mempermudah atau mempredisiposikan terjadinya perilaku seseorang. Antara lain pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai dan sebagainya.
- b. Faktor-faktor pendukung (*enabling factors*) adalah faktor-faktor yang memungkinkan atau yang memfasilitasi perilaku atau tindakan. tersedia atau tidak tersedianya fasilitas-fasilitas atau sarana-sarana kesehatan. Misalnya obat-obatan, puskesmas, jamban dan lain-lain.
- c. Faktor-faktor pendorong (*reinforcing factors*) adalah faktor-faktor yang mendorong atau memperkuat terjadinya perilaku. misalnya perilaku petugas kesehatan atau petugas lain, yang merupakan suatu kelompok atau pembimbing bagi masyarakat.

Secara matematis, determinan perilaku menurut Green itu dapat digambarkan sebagai berikut:

$$B = F (Pf, Ef, Rf)$$

B = Behaviour

F = Fungsi

Pf = Predisposing factors

Ef = Enabling Factors

Rf = Reinforcing Factors

1. Faktor-faktor predisposisi (*predisposing factors*)

a. Pengetahuan

Pengetahuan adalah hasil penginderaan manusia, atau hasil tahu seseorang terhadap objek melalui indera yang dimilikinya, (mata, hidung, telinga, dan sebagainya). Dengan sendirinya, pada waktu penginderaan sampai menghasilkan pengetahuan tersebut sangat dipengaruhi oleh intensitas perhatian dan persepsi terhadap objek. Sebagian besar pengetahuan seseorang diperoleh melalui indera pendengaran (telinga), dan indera penglihatan (mata). Pengetahuan seseorang terhadap objek mempunyai intensitas atau tingkat yang berbeda-beda secara garis besarnya dibagi dalam 6 tingkat pengetahuan yaitu, tahu (*knowledge*), memahami (*comprehension*), aplikasi (*application*), analisis (*analysis*), sintesis (*synthesis*) dan evaluasi (*evaluation*).

b. Jenis kelamin

Jenis kelamin adalah kelas atau kelompok yang terbentuk dalam spesies sebagai sarana atau sebagai akibat digunakannya proses reproduksi seksual untuk mempertahankan spesies. Untuk terkena penyakit TB dibandingkan dengan perempuan, dimana laki-laki lebih banyak yang merokok dan minum alkohol dibandingkan dengan perempuan, merokok dan meminum alkohol dapat menurunkan imunitas tubuh sehingga lebih mudah terkena penyakit TB. Dari hasil penelitian tersebut ditemukan responden terbanyak adalah responden yang memiliki jenis kelamin laki-laki sebanyak 58 responden (59,8%) dan lebih sedikit jenis kelamin perempuan yaitu sebanyak 39 responden (40,2%) (Dotulong, 2014).

c. Umur

Umur atau usia adalah suatu waktu yang mengukur waktu keberadaan suatu benda atau makhluk, baik yang hidup ataupun yang mati. Dari segi kepercayaan masyarakat umur yang lebih tua lebih menunjukkan kedewasaannya dalam bertindak. Kematangan pikiran ini membantu dalam menerapkan hidup sehat karena penyakit dapat menyerang pada umur berapapun. Usia seseorang dapat mempengaruhi paparan penyakit. Semakin matang dewasa usia seseorang maka harusnya semakin matang dalam pencegahan penyakit.

Umur penyakit TB paling sering ditemukan pada usia muda atau usia produktif yaitu 15-55 tahun. Pada sebuah penelitian didapatkan bahwa kelompok umur penderita MDR-TB terbanyak adalah 31-40 yaitu sebanyak 46,7% (Munawwarah, 2013).

Adapun perhitungan interval umur yang digunakan dalam penelitian ini adalah rumus Sturges. Rumus ini digunakan untuk menentukan jumlah kelas dalam pengelompokan data. Adapun rumus Sturges :

1. Rumus penentuan jumlah kelas

$$1 + 3 \log n$$

Keterangan :

n = jumlah sampel

2. Interval kelas

$$i = \frac{\text{jarak}}{1 + 3 \log n}$$

Keterangan :

i = interval kelas

jarak = selisih antara nilai maksimal dengan nilai minimum

n = jumlah sampel

d. Tingkat pendidikan

Menurut Lawrence Green, tingkat pendidikan merupakan salah satu faktor predisposisi yang merupakan faktor yang dapat mempermudah terjadinya. Berdasarkan karakteristik tingkat pendidikan pada sebuah penelitian didapatkan terbanyak pada tingkatan tamat SLTA yaitu sebanyak 7 orang (50%), diikuti tamat SD sebanyak 4 orang (28,58%), tamat perguruan tinggi 2 orang (14,28%) dan tidak sekolah sebanyak 1 orang (7,14%) (Sinaga, 2013).

e. Pekerjaan

Menurut sinaga (2014), kejadian TB paling banyak terjadi pada kelompok masyarakat dengan sosio-ekonomi yang lemah. Semakin tinggi penghasilan seseorang maka semakin mudah untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang baik dan pemenuhan gizi yang baik sehingga sehingga dapat meningkatkan daya tahan tubuh, berbeda dengan seseorang dengan penghasilan rendah yang akan menghabiskan

sebagian besar penghasilannya untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari. Karakteristik pekerjaan pada sebuah penelitian didapatkan pekerjaan yang terbanyak adalah sebagai ibu rumah tangga sebanyak 6 orang (42,87%) dan sebagai petani 4 orang (28,57%). Wiraswasta sebanyak 2 orang (14,28%), pegawai negeri sipil sebanyak 1 orang (7,14%), dan sebagai mahasiswa yaitu 1 orang (7,14%) (Sinaga, 2013).

2. Faktor-faktor pendukung (*enabling factors*)

a. Program Pemerintah

Penanggulangan kasus MDR-TB dilakukan dengan menggunakan strategi DOTS Plus dimana “S” adalah strategi bukan *Short course therapy* sedangkan “plus” berarti menggunakan OAT lini kedua dan melakukan kontrol infeksi (Permenkes RI No 13 tahun 2013). Strategi DOTS Plus sebagai strategi yang direkomendasikan WHO untuk menanggulangi MDR-TB, mempunyai lima hal yang diutamakan yaitu: komitmen politis yang berkesinambungan dalam masalah MDR, strategi penemuan kasus dengan pemeriksaan dahak secara mikroskopis, pengobatan dengan paduan Obat Anti Tuberkulosis (OAT) lini kedua dengan pengawasan langsung oleh Pengawas Menelan Obat (PMO), jaminan tersedianya OAT lini kedua secara teratur, menyeluruh dan tepat waktu dengan mutu terjamin, serta sistem pencatatan dan pelaporan secara baku untuk memudahkan pemantauan dan evaluasi program penanggulangan MDR-TB (Kemenkes RI, 2013). Strategi DOTS plus memiliki kerangka kerja yang sama dengan strategi DOTS pada penanggulangan TB Paru. Perbedaananya terdapat pada jangka pengobatan dan penggunaan OAT lini kedua serta penderitanya. Jangka pengobatan TB paru dengan strategi DOTS dilakukan selama 6 bulan sedangkan untuk MDR-TB dengan strategi DOTS Plus dilakukan selama 2 tahun.

b. Ketersediaan fasilitas

Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Pelayanan kesehatan paripurna adalah pelayanan kesehatan yang meliputi promotif (peningkatan kesehatan), preventif (pencegahan penyakit), kuratif (penyembuhan penyakit) dan rehabilitatif (pemulihan kesehatan).

Rumah sakit mempunyai tugas memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna. Adapun yang menjadi fungsi rumah sakit adalah sebagai berikut:

- 1) Penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit.
- 2) Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis.
- 3) Penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumberdaya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan.
- 4) Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.

c. Keterjangkauan fasilitas

Pemanfaatan pelayanan kesehatan paling erat hubungannya dengan kapan seseorang memerlukan pelayanan kesehatan dan seberapa jauh pelayanan efektifitas pelayanan tersebut. Bila berbicara kapan memerlukan pelayanan kesehatan, umumnya semua orang akan menjawab bila merasa adanya gangguan pada kesehatan

(sakit). Seseorang tidak pernah akan tahu kapan sakit, dan tidak seorang pun dapat menjawab dengan pasti. Hal ini memberi informasi bahwa konsumen pelayanan kesehatan selalu dihadapkan dengan masalah ketidakpastian.

Rendahnya pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan menurut (Kepmenkes, 2010) dapat disebabkan oleh :

1. Jarak yang jauh (faktor geografi)
2. Tidak tahu adanya suatu kemampuan fasilitas (faktor informasi)
3. Biaya yang tidak terjangkau (faktor ekonomi)
4. Tradisi yang menghambat pemanfaatan fasilitas (faktor budaya)

Faktor Yang Memengaruhi Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan :

1. Keterjangkauan lokasi tempat pelayanan

Tempat pelayanan yang tidak strategis sulit dicapai, menyebabkan berkurangnya pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh peserta Jamkesmas

2. Jenis dan kualitas pelayanan yang tersedia

Jenis dan kualitas pelayanan yang kurang memadai menyebabkan rendahnya akses peserta Jamkesmas terhadap pelayanan kesehatan.

d. Efek samping obat

Pemantauan terjadinya efek samping sangat penting pada pengobatan pasien MDR-TB, karena dalam paduan OAT MDR terdapat OAT lini kedua yang memiliki efek samping yang lebih banyak dibandingkan dengan OAT lini pertama. Semua OAT yang digunakan untuk pengobatan pasien MDR-TB mempunyai kemungkinan untuk timbul efek samping baik ringan, sedang, maupun berat. Bila muncul efek samping pengobatan, kemungkinan pasien akan menghentikan pengobatan tanpa memberitahukan TAK/petugas fasyankes (default), sehingga KIE mengenai gejala

efek samping pengobatan harus dilakukan sebelum pasien memulai pengobatan MDR-TB. Penanganan efek samping yang adekuat merupakan salah satu upaya untuk memastikan kepatuhan pasien MDR-TB/ HIV terhadap pengobatan yang diberikan.

Hasil penelitian mengenai ada atau tidaknya efek samping yang dirasakan pasien baik pada pengobatan TB sebelumnya menyatakan 6 dari 15 pasien yaitu 40,0% merasakan efek samping pada pengobatan sebelumnya, sedangkan pada pengobatan MDR-TB 100% pasien menyatakan adanya efek samping setelah mengkonsumsi obat MDR-TB. (Rifaah Munawwarah dkk, 2013)

3. Faktor-faktor pendorong (*reinforcing factors*)

a. Faktor PMO (Pengawas Minum Obat)

Pengawas menelan obat (PMO) adalah seseorang yang diperlukan untuk menjamin keteraturan pengobatan pasien Tuberkulosis (TB). PMO adalah petugas kesehatan, misalnya bidan di desa, perawat dan sanitarian. Bila tidak ada petugas kesehatan yang menjadi PMO, maka PMO boleh berasal dari kader kesehatan, guru, tokoh masyarakat dan anggota keluarga (Kemenkes, 2011).

1. Persyaratan Pengawas Menelan Obat (PMO)

Persyaratan pengawas menelan obat (PMO) adalah seseorang yang dikenal, dipercaya dan disetujui baik oleh petugas kesehatan maupun pasien, selain itu harus disegani dan dihormati oleh pasien. Seseorang yang tinggal dekat dengan pasien, bersedia membantu pasien dengan sukarela serta bersedia dilatih dan atau mendapat penyuluhan bersama-sama dengan pasien.

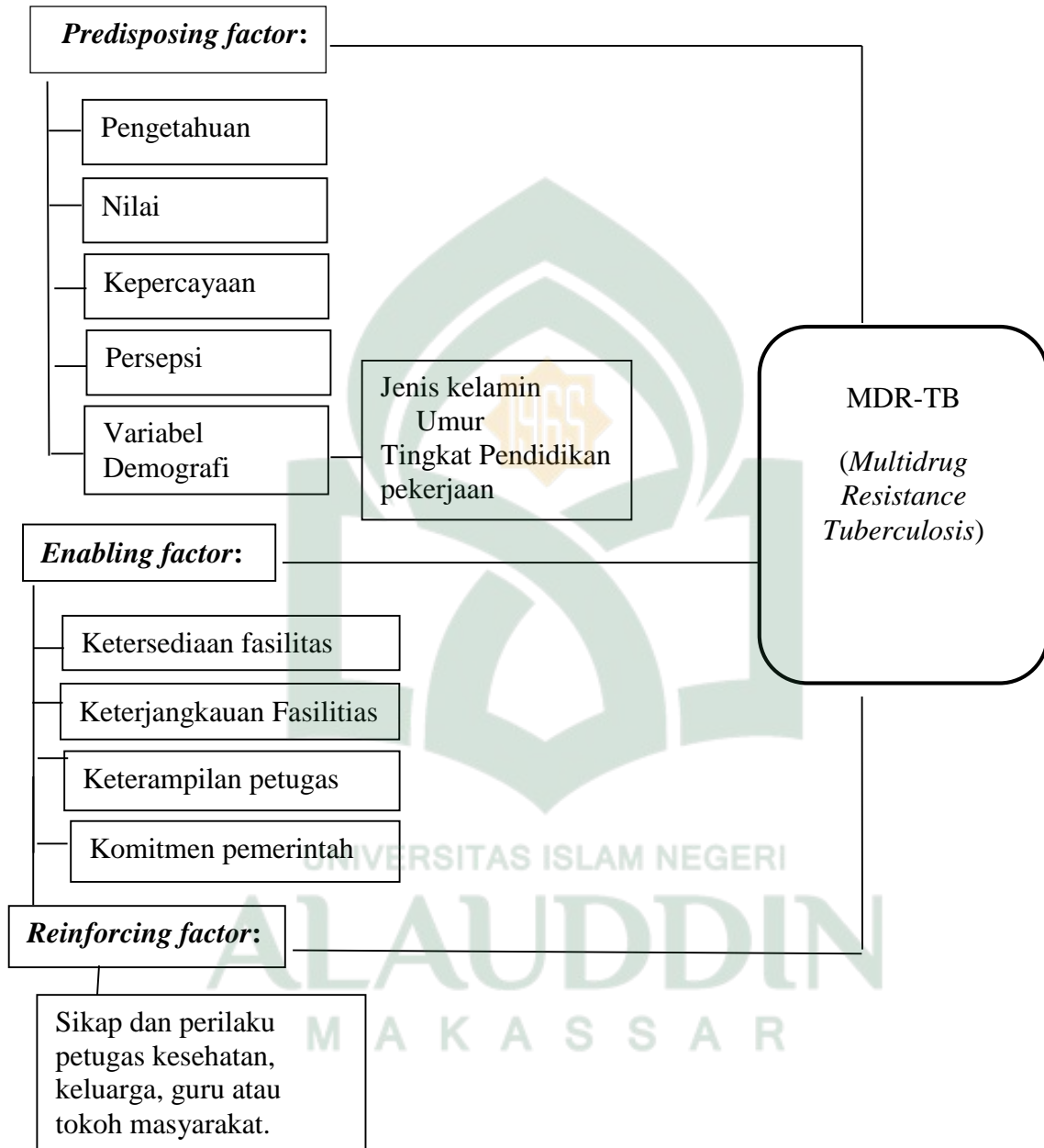
2. Tugas PMO (Pengawas Minum Obat) adalah :

- a. Mengawasi pasien TB agar menelan obat secara teratur sampai selesai pengobatan
- b. Memberi dorongan kepada pasien agar mau berobat teratur.

- c. Mengingatkan pasien untuk periksa ulang dahak pada waktu yang telah ditentukan.
- d. memberi penyuluhan pada anggota keluarga pasien TB yang mempunyai gejala gejala mencurigakan TB untuk segera memeriksakan diri ke Unit Pelayanan Kesehatan (Kemenkes RI, 2013).

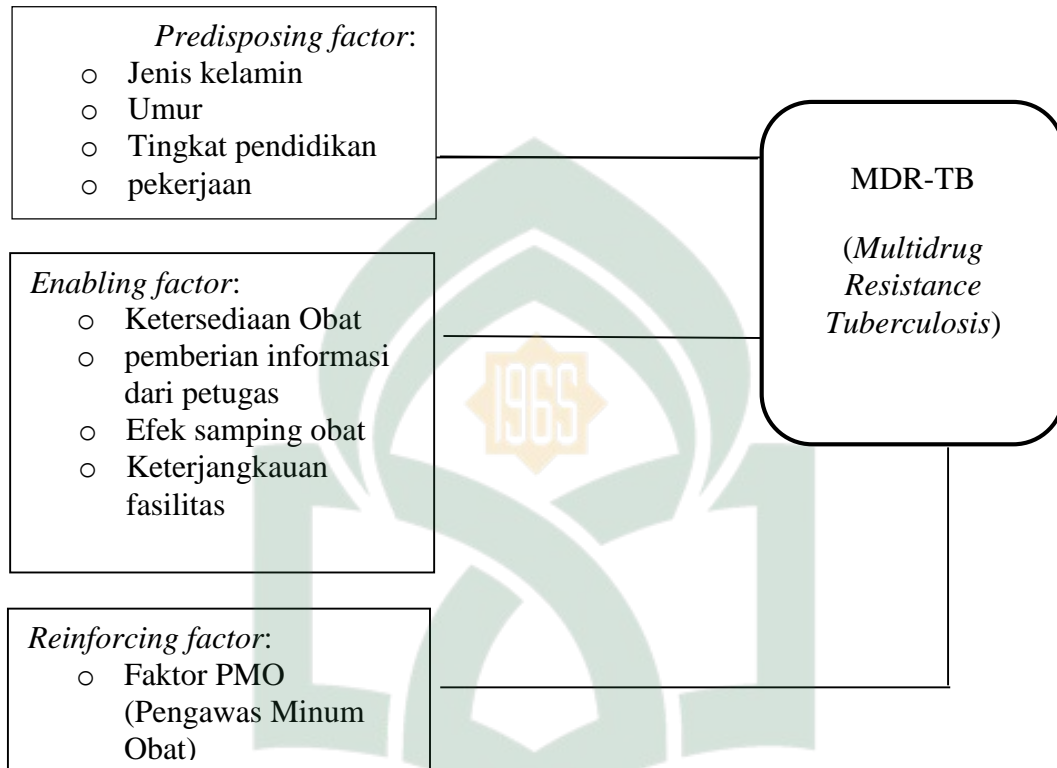


C. Kerangka Teori



Gambar 1 kerangka Teori Lawrence Green 1980

D. Kerangka Konsep



Gambar 2 Kerangka konsep penelitian

BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

A. Jenis dan Lokasi Penelitian

1. Jenis Penelitian

Jenis penelitian ini adalah jenis penelitian kuantitatif.

2. Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di RSUD Labuang Baji Kota Makassar pada tanggal 23 Mei – 30 Mei Tahun 2017.

B. Pendekatan Penelitian

Penelitian ini menggunakan pendekatan observasional dengan metode deskriptif karena menggambarkan pengobatan pasien *Multidrug Resistance Tuberculosis* (MDR-TB) di RSUD Labuang Baji Kota Makassar tahun 2017.

C. Populasi dan Sampel Penelitian

1. Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah semua pasien yang menderita *Multidrug Resistance Tuberculosis* MDR-TB di RSUD Labuang Baji, yang bertempat tinggal di kota Makassar, memiliki alamat lengkap dan bersedia menjadi responden penelitian yaitu sebanyak 51 responden. Namun pada saat melakukan penelitian 1 pasien telah menyelesaikan pengobatan, jadi populasi dalam penelitian ini menjadi 50 responden.

2. Sampel

Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini adalah total sampling dimana jumlah sampel yang akan diteliti adalah semua jumlah populasi yaitu 50 responden.

D. Metode Pengumpulan Data

1. Pengumpulan Data Primer

Data primer diperoleh dengan cara kunjungan langsung ke lokasi penelitian di Poli MDR di RSUD Labuang Baji dengan cara wawancara langsung menggunakan kuesioner penelitian yang di ajukan kepada responden.

2. Pengumpulan Data Sekunder

Data yang diperoleh dari data kunjungan pasien berupa data rekam medik di poli MDR-TB di RSUD Labuang Baji Kota Makassar.

E. Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian yang digunakan dalam penelitian ini berupa kuesioner yang berisi sejumlah pertanyaan maupun pernyataan untuk menggali beberapa informasi dari responden.

F. Teknik Pengolahan dan Analisis Data

1. Pengolahan Data

Data primer dan sekunder yang telah diperoleh dianalisis melalui proses pengolahan data dengan menggunakan program *Microsoft Excel* dan *Statistic Package for Sosial Science* (SPSS) versi 20 yang mencakup kegiatan-kegiatan sebagai berikut:

- a. *Editing*, penyuntingan data yang dilakukan untuk menghindari kesalahan atau kemungkinan adanya kuesioner yang belum terisi.
- b. *Coding*, pemberian kode dan *scoring* pada tiap jawaban untuk memudahkan proses *entry* data.
- c. *Entry* data, setelah proses *coding* dilakukan pemasukan data ke komputer.
- d. *Cleaning*, sebelum analisis data dilakukan pengecekan dan perbaikan terhadap data yang sudah masuk.

e. *Tabulating*, dilakukan dengan membuat tabel distribusi frekuensi dan tabel silang. Tabel silang meliputi analisis variabel independen dengan variabel dependen. Setelah dilakukan pengolahan data dilakukan penyajian data, penyajian data disajikan dalam bentuk tabel dan penjelasan tabel dalam bentuk narasi.

2. Analisis Data

Analisis data yang dilakukan adalah analisis univariat yang bertujuan untuk mendapatkan gambaran distribusi dan frekuensi dari variabel yang diteliti. Disajikan dalam bentuk tabel dan di interpretasikan.



BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Umum Lokasi penelitian

1. Gambaran umum Rumah Sakit Labuang Baji Kota Makassar

Rumah sakit Umum Daerah Labuang Baji didirikan oleh Zending Gereja Geroformat Surabaya, Malang dan Semarang sebagai Rumah sakit Zending, yang diresmikan pada tanggal 12 Juni 1938 dengan kapasitas 25 buah tempat tidur. Tahun 1946-1948 Rumah Sakit Umum Daerah Labuang Baji mendapat bantuan dari pemerintah Indonesia Timur (NIT), dengan merehabilitasi gedung-gedung yang hancur akibat perang, dan digunakan untuk penampungan korban akibat perang tersebut. Pada tahun 1949-1951, Zending mendirikan bangunan permanen, sehingga kapasitas tempat tidur menjadi 170 buah. Pada tahun 1952-1955, oleh pemerintah daerah kota praja Makassar diberikan tambahan beberapa bangunan ruangan sehingga kapasitas tempat tidur menjadi 190 buah. Sejak tahun 1955 Rumah Sakit Umum Daerah Labuang Baji dibiayai oleh pemerintah daerah tingkat I Sulawesi Selatan. Pada tahun 1960 oleh Zending, Rumah Sakit Umum Daerah Labuang Baji diserahkan dan menjadi milik pemerintah daerah tingkat I Sulawesi Selatan dan dikelola oleh Dinas Kesehatan Provinsi Dati I Sulawesi Selatan dengan klasifikasi Rumah Sakit Kelas C.

Terhitung mulai tanggal 16 Januari 1996 melalui peraturan daerah Provinsi Dati I Sulawesi Selatan Nomor: 2 tahun 1996 kelas Rumah Sakit ditingkatkan dari Rumah sakit kelas C menjadi Rumah sakit kelas B Non pendidikan. Peraturan daerah tersebut disahkan oleh Menteri Dalam Negeri pada tanggal 7 Agustus 1996. Untuk struktur

kelas B non pendidikan tersebut Direktur sebagai pimpinan Rumah Sakit dilantik dan dikukuhkan pada tanggal 13 Juni 1998, sedang personalia yang mengisi struktur tersebut dilantik dan dikukuhkan pada tanggal 12 Maret 1999.

2. Fisik bangunan

Alamat : Jl. Ratulangi No. 81 Makassar (90131)

Luas Tanah : 14.404 m² (hasil pengukuran BPN, tanggal 1 Desember 2004 sesuai sertifikat)

Luas bangunan : 22.738,1 m²

Luas lahan parkir : 1.980 m²

Pengembangan gedung rumah sakit dilaksanakan melalui master plan yang disusun pada tahun 1991 oleh Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan dalam 7 tahap.

3. Visi dan Misi Rumah Sakit

a. Visi

“Rumah Sakit unggulan se Sulawesi Selatan”

b. Misi

1. Mewujudkan profesionalisme SDM
2. Meningkatkan sarana dan prasarana Rumah Sakit
3. Memberikan pelayanan prima
4. Efisiensi biaya Rumah Sakit
5. Meningkatkan Kesejahteraan Karyawan

Tujuan Rumah Sakit

Memberikan kepuasan kepada semua pelanggan agar tercipta citra baik bagi Rumah Sakit Umum Daerah Labuang Baji.

B. Analilis Univaria

Analisis univariat dilakukan untuk mendapatkan gambaran distribusi dan frekuensi dari variabel yang diteliti. Kemudia disajikan dalam bentuk tabel dan di interpretasikan.

1. Karakteristik responden

Karakteristik responden yang diteliti meliputi, umur, jenis kelamin, pendidikan terakhir, pekerjaan, waktu dinyatakan MDR-TB, tempat dinyatakan MDR-TB, dan lama pengobatan yang telah dijalani.

a. Kelompok Umur

Tabel 1.1
Karakteristik Responden berdasarkan Kelompok umur Pasien *Multidrug Resistance Tuberculosis* (MDR-TB) di RSUD Labuang Baji Kota Makassar Tahun 2017

Kelompok umur	frekuensi	(%)
18-26 tahun	6	12
27-35 tahun	9	18
36-44 tahun	12	26
45-53 tahun	16	32
54-62 tahun	4	6
63- 71 tahun	3	6
Total	50	100

Sumber : data primer 2017

Berdasarkan tabel 1.1 diatas menunjukkan bahwa distribusi responden berdasarkan Kelompok umur Pasien *Multidrug Resistance Tuberculosis* (MDR-TB) di RSUD Labuang Baji Kota Makassar Tahun 2017 tertinggi pada kelompok umur

45- 53 tahun yaitu 16 responden (32%) dan terendah pada kelompok umur 63-71 tahun yaitu 3 responden (6%).

b. Jenis kelamin

Tabel 1.2
Distribusi Responden berdasarkan Jenis Kelamin Pasien *Multidrug Resistance Tuberculosis* (MDR-TB) di RSUD Labuang Baji Kota Makassar Tahun 2017

Jenis kelamin	Frekuensi	(%)
Laki-laki	28	56
Perempuan	22	44
Total	50	100

Sumber : Data primer 2017

Berdasarkan Tabel 1.2 diatas menunjukkan bahwa distribusi responden berdasarkan jenis kelamin Pasien *Multidrug Resistance Tuberculosis* (MDR-TB) di RSUD Labuang Baji Kota Makassar Tahun 2017 yaitu perempuan sebanyak 22 responden (44%) dan laki-laki sebanyak 28 responden (56%).

c. Pendidikan terakhir

Tabel 1.3
Distribusi Responden berdasarkan pendidikan terakhir Pasien *Multidrug Resistance Tuberculosis* (MDR-TB) di RSUD Labuang Baji Kota Makassar Tahun 2017

Pendidikan terakhir	frekuensi	(%)
Tidak tamat SD	4	8
Tamat SD	11	22
Tamat SMP	12	24
Tamat SMA	21	42
Tamat Perguruan Tinggi	2	4
Total	50	100

Sumber : Data primer2017

Berdasarkan tabel 1.3 diatas menunjukkan bahwa pendidikan terakhir Pasien *Multidrug Resistance Tuberculosis* (MDR-TB) di RSUD Labuang Baji Kota Makassar Tahun 2017 tertinggi yaitu tamat SMA 21 responden (42%) dan terendah tamat perguruan tinggi yaitu 2 responden (4%).

d. Pekerjaan

Tabel 1.4
Distribusi Responden berdasarkan pekerjaan Pasien *Multidrug Resistance Tuberculosis* (MDR-TB) di RSUD Labuang Baji Kota Makassar Tahun 2017

Pekerjaan Responden	frekuensi	(%)
Tidak bekerja	40	80
Buruh	2	4
PNS/ TNI/POLRI	1	2
Wiraswasta	6	12
Mekanik	1	2
Total	50	100

Sumber : Data primer2017

Berdasarkan tabel 1.4 diatas menunjukkan bahwa pekerjaan Pasien Multidrug Resistance Tuberculosis (MDR-TB) di RSUD Labuang Baji Kota Makassar Tahun 2017 tertinggi yaitu tidak bekerja sebanyak 40 responden (80%) dan terendah yaitu PNS/TNI/POLRI dan mekanik yaitu masing-masing 1 responden (2%).

e. Waktu dinyatakan MDR-TB

Tabel 1.5
Distribusi Responden berdasarkan Waktu dinyatakan MDR-TB Pasien *Multidrug Resistance Tuberculosis* (MDR-TB) di RSUD Labuang Baji Kota Makassar Tahun 2017

Waktu dinyatakan MDR	frekuensi	(%)
----------------------	-----------	-----

Tahun 2015	2	4
Tahun 2016	28	56
Tahun 2017	20	40
Total	50	100

Sumber : Data primer 2017

Berdasarkan data tabel 1.5 diatas menunjukkan bahwa pasien MDR-TB yang sedang menjalani pengobatan yaitu responden yang di diagnosa mengalami MDR-TB tertinggi pada tahun 2016 atau (56%) dan terendah tahun 2015 yaitu terisa 2 responden (4%).

f. Asal Rujukan Responden

Tabel 1.6
Distribusi Responden Berdasarkan Asal Rujukan Pasien
Multidrug Resistance Tuberculosis (MDR-TB)
di RSUD Labuang Baji Kota Makassar
Tahun 2017

Asal Rujukan	frekuensi	(%)
Rumah Sakit	20	40
Puskesmas	30	60
Total	50	100

Sumber : Data primer 2017

Berdasarkan tabel 1.6 diatas menunjukkan bahwa asal rujukan pasien MDR-TB Pasien *Multidrug Resistance Tuberculosis* (MDR-TB) di RSUD Labuang Baji Kota Makassar Tahun 2017 tertinggi di Puskesmas yaitu 30 responden (60%) sedangkan di Rumah sakit yaitu sebanyak 20 responden (40%).

g. Rumah Sakit Asal Rujukan pasien

Tabel 1.7
Distribusi Responden Berdasarkan Rumah Sakit Asal Rujukan Pasien
Multidrug Resistance Tuberculosis (MDR-TB)
di RSUD Labuang Baji Kota Makassar
Tahun 2017

Rumah Sakit	frekuensi	(%)
BBKPM	9	45
RS Daya	1	5
RS Faisal	1	5
RS Haji	1	5
RS Pelamonia	2	10
RSU Lanto Dg. Pasewang	1	5
RSU Pangkep	2	10
RSUD H. Padjonga	1	5
RSUD Labuang Baji	2	10
Total	20	100

Sumber : Data primer 2017

Berdasarkan tabel 1.7 diatas menunjukkan bahwa Rumah sakit asal rujukan pasien MDR-TB Pasien Multidrug Resistance Tuberculosis (MDR-TB) di RSUD Labuang Baji Kota Makassar Tahun 2017 dari 20 responden yang tertinggi adalah yang berasal dari BBKPM (Balai Besar Kesehatan Paru Masyarakat) sebanyak 9 responden (45%), RS Daya 1 responden (5%), RS.Faisal 1 responden (5%), RS Haji 2 responden (10%), RS Pelamonia 2 responden (10%), RSU Lanto Dg. Pasewang 1 responden (5%), RSU Pangkep 2 responden (10%), RSUD H. Padjonga 1 responden (5%), dan RSUD labuang Baji 2 responden (10%).

h. Tempat dinyatakan MDR

Berdasarkan data yang telah diperoleh menunjukkan bahwa tempat dinyatakan Pasien Multidrug Resistance Tuberculosis (MDR-TB) di RSUD Labuang Baji Kota Makassar Tahun 2017 dari 50 responden (100%) di rumah sakit.

i. Lama pengobatan yang telah dijalani

Tabel 1.8
Distribusi Responden Berdasarkan Lama Pengobatan Yang Telah Dijalani
Pasien *Multidrug Resistance Tuberculosis* (MDR-TB)
di RSUD Labuang Baji Kota Makassar
Tahun 2017

Lama pengobatan	Frekuensi	(%)
1 - 4 bulan	17	24
5 - 8 bulan	9	18
9 - 12 bulan	11	22
13 – 16 bulan	11	22
17 – 20 bulan	1	2
21 – 24 bulan	1	2
Total	50	100

Sumber : Data primer 2017

Dari hasil penelitian yang telah dilakukan menunjukkan bahwa lama pengobatan yang telah dijalani pasien *Multidrug Resistance Tuberculosis* (MDR-TB) di RSUD Labuang Baji Kota Makassar Tahun 2017 tertinggi yaitu responden yang telah berobat selama 9 -12 bulan dan 13- 16 bulan yaitu masing-masing 11 responden (22%) dan terendah yaitu yang telah berobat selama 17 – 20 bulan dan 21 – 24 bulan dimana masing-masing terdiri dari 1 responden (2%), seperti yang tertera dalam tabel diatas.

2. Ketersediaan obat pasien

a. Ketersediaan obat

Berdasarkan data yang telah diperoleh menunjukkan bahwa ketersediaan obat Pasien *Multidrug Resistance Tuberculosis* (MDR-TB) di RSUD Labuang Baji Kota Makassar Tahun 2017 dari 50 responden (100%) kebutuhan obatnya selalu terpenuhi.

3. Informasi dari petugas kesehatan

a. Mendapat informasi tentang MDR-TB

Berdasarkan data yang telah diperoleh menunjukkan bahwa Pasien *Multidrug Resistance Tuberculosis* (MDR-TB) di RSUD Labuang Baji Kota Makassar Tahun 2017 dari 50 responden (100%) mendapatkan informasi mengenai .MDR-TB, berapa lama pengobatan yang harus dijalani dan kesembuhan penderita.

4. Efek Samping Obat

a. Merasakan Efek Samping

Berdasarkan data yang telah diperoleh menunjukkan bahwa Pasien Multidrug Resistance Tuberculosis (MDR-TB) di RSUD Labuang Baji Kota Makassar Tahun 2017 dari 50 responden (100%) merasakan efek samping obat.

b. Pertama kali merasakan efek samping

Tabel 4.1
Distribusi Responden Berdasarkan Pertama Kali Merasakan Efek Samping Pasien *Multidrug Resistance Tuberculosis* (MDR-TB) di RSUD Labuang Baji Kota Makassar Tahun 2017

Waktu	Frekuensi	(%)
Awal pengobatan	48	96
6 bulan pengobatan	1	2
21 bulan pengobatan	1	2
Total	50	100

Sumber : Data primer 2017

Berdasarkan tabel 4.1 diatas menunjukkan bahwa Distribusi Responden berdasarkan efek samping obat pasien *Multidrug Resistance Tuberculosis* (MDR-TB) di RSUD Labuang Baji Kota Makassar Tahun 2017 yaitu 48 responden (96%) merasakan efek samping sejak awal melakukan pengobatan, 1 responden (2%) baru merasakan efek samping saat 6 bulan pengobatan dan 1 responden (2%) merasakan efek samping setelah 21 bulan pengobatan.

c. Efek Samping Yang Dirasakan

Tabel 4.2
Distribusi Responden Berdasarkan Efek Samping yang dirasakan Pasien *Multidrug Resistance Tuberculosis* (MDR-TB) di RSUD Labuang Baji Kota Makassar Tahun 2017

Efek samping	Frekuensi	(%)
Mual dan pusing	49	98
Gangguan pendengaran	1	2
Total	50	100

Sumber : Data primer 2017

Berdasarkan tabel 4.2 diatas menunjukkan bahwa Distribusi Responden berdasarkan efek samping yang dirasakan pasien Multidrug Resistance Tuberculosis (MDR-TB) di RSUD Labuang Baji Kota Makassar Tahun 2017 yaitu 49 responden (98%) merasakan mual dan pusing serta 1 responden (2%) merasakan gangguan pendengaran.

5. PMO (Pengawas Minum Obat)

a. Kepemilikan PMO

Berdasarkan data yang telah diperoleh menunjukkan bahwa Pasien Multidrug Resistance Tuberculosis (MDR-TB) di RSUD Labuang Baji Kota Makassar Tahun 2017 dari 50 responden (100%) memiliki PMO (Pengawas Minum Obat).

b. PMO Responden

Berdasarkan data yang telah diperoleh menunjukkan bahwa Distribusi Responden berdasarkan PMO pasien MDR-TB Pasien Multidrug Resistance Tuberculosis (MDR-TB) di RSUD Labuang Baji Kota Makassar Tahun 2017 100% petugas kesehatan.

c. Sikap PMO

Berdasarkan data yang telah diperoleh menunjukkan bahwa sikap PMO kepada pasien MDR-TB Pasien *Multidrug Resistance Tuberculosis* (MDR-TB) di RSUD Labuang Baji Kota Makassar Tahun 2017 dari 50 responden (100%) menyatakan PMO selalu mengingatkan dan memberi dorongan untuk berobat secara teratur.

6. Distribusi Lama Pengobatan Dan Efek Samping Yang Dirasakan

Tabel 6.1

Distribusi Responden berdasarkan Lama Pengobatan Dan Efek Samping Yang Dirasakan Pasien *Multidrug Resistance Tuberculosis* (MDR-TB) di RSUD Labuang Baji Kota Makassar Tahun 2017

Lama pengobatan	Efek samping yang dirasakan		%
	Mual dan Pusing	Gangguan Pendengaran	
1 – 20 bulan	49	0	98
21–24 bulan	0	1	2
Total	49	1	100

Sumber : Data primer 2017

Berdasarkan tabel 6.1 distribusi responden berdasarkan lama pengobatan dan efek samping yang dirasakan pasien Multidrug Resistance Tuberculosis (MDR-TB) di RSUD Labuang Baji Kota Makassar Tahun 2017 yaitu sebanyak 49 responden (98%) yang telah menjalani 1 – 20 bulan pengobatan, mengalami mual dan pusing, sementara 1 responden (2%) yang telah menjalani 21 – 24 bulan pengobatan, mengalami gangguan pendengaran.

C. Pembahasan

1. Karakteristik Responden

a. Umur

Umur atau usia adalah suatu waktu yang mengukur waktu keberadaan suatu benda atau makhluk, baik yang hidup ataupun yang mati. Dari segi kepercayaan masyarakat umur yang lebih tua lebih menunjukkan kedewasaannya dalam bertindak. Kematangan pikiran ini membantu dalam menerapkan hidup sehat karena penyakit

dapat menyerang pada umur berapapun. Usia seseorang dapat mempengaruhi paparan penyakit. Semakin matang dewasa usia seseorang maka harusnya semakin matang dalam pencegahan penyakit.

Namun dalam penelitian ini menunjukkan bahwa penderita MDR-TB adalah usia dewasa sampai usia lanjut. Sampel dalam penelitian ini yaitu sebanyak 50 responden dimana sebaran umur responden yaitu dari umur 18 – 69 tahun, Dari hasil yang diperoleh menunjukkan bahwa kelompok umur responden yang tertinggi adalah kelompok umur 45- 53 tahun yaitu 16 responden (32%). sedangkan penelitian Munawwarah Kelompok umur penderita TB-MDR terbanyak adalah 31-40 yaitu sebanyak 46,7%. Begitupun dengan penelitian Sri Melati, Berdasarkan golongan umur pasien TB-MDR terbanyak terdapat pada umur 25- 34 tahun yaitu 36 orang (35,6%). Ketiga penelitian ini menunjukkan bahwa pasien TB-MDR banyak pada umur produktif yaitu yaitu pada usia 15 – 55 tahun, usia produktif lebih berisiko karena karena aktivitas yang lebih banyak dibanding usia lanjut.

Dari hasil observasi peneliti selama melakukan penelitian ini, memang terlihat jelas bahwa pasien-pasien MDR-TB yang sedang melakukan pengobatan tersebut masih tergolong dalam usia produktif, meskipun kelompok umur tertinggi adalah 45 – 53 tahun, namun tidak sedikit juga pasien-pasien yang masih lebih muda dari kelompok umur tersebut, hasil wawancara dari beberapa responden tersebut mengatakan bahwa mereka memang telah melakukan pengobatan 6 bulan sebelumnya, namun karena kesibukan dan tidak melakukan arahan petugas kesehatan untuk tetap mengkonsumsi obat meskipun telah merasa sehat. Hal tersebutlah yang mengakibatkan ketika penyakit tersebut kambuh, obat-obat yang seharusnya dikonsumsi hingga habis tersebut telah menjadi resisten dan membuat pasien tersebut

setelah menjalani pemeriksaan lebih lanjut harus menjalani pengobatan TB-MDR selama 2 tahun.

b. Jenis kelamin

Secara epidemiologi jumlah penderita risiko MDR-TB lebih banyak pada laki-laki. Dari hasil penelitian ini juga menunjukkan bahwa jenis kelamin paling banyak berjenis kelamin laki-laki yaitu sebanyak 28 responden (56%).

Penelitian ini sejalan dengan penelitian penelitian Sri Melati, dimana karakteristik pasien TB-MDR, jenis kelamin terbanyak adalah pasien laki-laki sebanyak 53 orang (52,5%). Penelitian Munawwarah juga demikian dimana dari hasil penelitiannya penderita MDR-TB terbanyak juga berjenis kelamin laki-laki yaitu sebanyak 10 orang atau (60,9%). Namun penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian Sinaga, dimana berdasarkan jenis kelamin subjek penelitian yang terbanyak adalah perempuan yaitu berjumlah 9 orang (64,28%).

Tingginya presentase laki-laki karena mempunyai mobilitas yang tinggi, dimana aktifitas yang banyak ditambah dengan istirahat yang kurang, memungkinkan penularan yang lebih luas terjadi. Selain itu frekuensi keluar rumah laki-laki juga lebih tinggi dibandingkan perempuan, sehingga laki-laki lebih berisiko dibanding perempuan.

c. Pendidikan terakhir

Pendidikan adalah suatu usaha menanamkan pengertian dan tujuan agar diri manusia (masyarakat) tumbuh pengertian, sikap dan perbuatan positif. Pada dasarnya usaha pendidikan adalah perubahan sikap dan perilaku pada diri manusia menuju arah positif dengan mengurangi faktor-faktor perilaku dan sosial budaya negatif (Notoatmodjo, 2010) .

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa pendidikan terakhir responden tertinggi yaitu tamat SMA 21 responden (42%) dan terendah tamat perguruan tinggi yaitu 2 responden (4%).

Hal ini sejalan dengan penelitian Munawwarah dimana Pendidikan terakhir pasien terbanyak adalah tamat SMA yaitu sebanyak 46,7% atau sebanyak 7 orang. Penelitian ini juga sejalan dengan penelitian Sihombing, Berdasarkan karakteristik tingkat pendidikan pada subjek penelitian ini didapatkan bahwa tingkat pendidikan tamatan dari sekolah lanjutan tingkat atas (SLTA) merupakan yang terbanyak yaitu sebesar (49,41%).

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa meskipun responden dalam penelitian ini pendidikan terakhirnya tidaklah rendah, namun tidak bisa dipungkiri bahwa pengetahuan tentang faktor risiko terjadinya MDR-TB tidaklah mereka ketahui, dan hal ini juga kemungkinan diakibatkan tidak adanya pencegahan sejak awal pengobatan lini pertama tentang akan timbulnya MDR-TB ketika pasien tidak menuntaskan pengobatan yang dijalani.

d. Pekerjaan

Menurut sinaga (2014), kejadian TB paling banyak terjadi pada kelompok masyarakat dengan sosio-ekonomi yang lemah. Semakin tinggi penghasilan seseorang maka semakin mudah untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang baik dan pemenuhan gizi yang baik sehingga sehingga dapat meningkatkan daya tahan tubuh, berbeda dengan seseorang dengan penghasilan rendah yang akan menghabiskan sebagian besar penghasilannya untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari.

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa pekerjaan tertinggi yaitu tidak bekerja sebanyak 40 responden (80%). Dalam penelitian Munawwarah, juga mendapatkan hasil yang demikian yaitu Status pekerjaan pasien terbanyak adalah tidak bekerja sebanyak 53,3%.

Hal ini dilatar belakangi pasien yang harus mendatangi poli MDR-TB setiap hari selama 18-24 bulan. Hal tersebut secara langsung membuat sebagian responden tidak bekerja, karena sebagian waktunya dihabiskan di poli-MDR karena setelah meminum obat, mereka terlihat duduk tenang beberapa saat setelah mengkonsumsi obat tersebut karena efek samping yang timbul.

e. Waktu dinyatakan MDR-TB dan lama pengobatan yang telah dijalani

Diagnosis yang akurat dan tepat waktu adalah landasan utama dalam Program Pengendalian TB Nasional, termasuk mempertimbangkan perkembangan teknologi yang sudah ada maupun baru. Resistansi obat harus didiagnosis secara tepat sebelum dapat diobati secara efektif. Proses penegakan diagnosis TB Resistan Obat adalah pemeriksaan apusan dahak secara mikroskopis, biakan, dan uji kepekaan yang dilakukan di laboratorium rujukan yang sudah tersertifikasi oleh laboratorium supra nasional.

Berdasarkan data tabel 1.5 menunjukkan bahwa pasien MDR-TB yang sedang menjalani pengobatan yaitu responden yang di diagnosa mengalami MDR-TB tertinggi pada tahun 2016 atau (56%) dan terendah tahun 2015 yaitu tersisa 2 responden (4%).

Pasien yang dinyatakan MDR-TB dan sedang menjalani pengobatan lebih banyak tahun 2016 karena pasien pada tahun tersebut belum ada yang selesai pengobatannya, berbeda dengan pasien tahun 2015 yang sudah semakin berkurang

karena di akhir tahun 2016 dan awal tahun 2017 banyak yang telah selesai menjalani pengobatan. MDR-TB dimana MDR-TB dengan strategi DOTS Plus dilakukan selama 2 tahun (Kemenkes RI, 2013).

Berdasarkan tabel 1.7 menunjukkan bahwa lama pengobatan yang telah dijalani responden tertinggi yaitu responden yang telah berobat selama 9 -12 bulan dan 13-16 bulan. Penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian Munawwarah Status lama berobat TB-MDR pasien terbanyak adalah fase intensif yaitu 1-6 bulan sebanyak 10 orang atau 66,7%.

Hasil penelitian ini disebabkan pasien yang sedang menjalani pengobatan saat ini adalah pasien yang mulai berobat pada tahun 2016 dimana kebanyakan pasien tersebut baru menyelesaikan setengah dari proses pengobatan secara keseluruhan sehingga lama pengobatan responden yang telah dijalani paling banyak yaitu 9 -12 bulan dan 13- 16 bulan.

f. Asal Rujukan dan tempat dinyatakan MDR-TB

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa asal rujukan responden tertinggi di Puskesmas yaitu sebanyak 30 responden (60%) dan sisanya yaitu 20 responden (40%) merupakan rujukan dari beberapa rumah sakit.

Pada hasil penelitian ini, responden lebih banyak di rujuk dari puskesmas karena puskesmas merupakan unit pelaksana tingkat pertama. Dimana kebanyakan masyarakat memeriksakan kesehatannya di puskesmas terlebih dahulu sebelum memilih berobat ke rumah sakit, selain itu sebagian responden berasal dari luar Makassar, bahkan ada yang berasal dari pulau dimana di pulau tersebut hanya terdapat puskesmas.

Disisi lain 20 responden (40%) yang merupakan rujukan dari beberapa rumah sakit ini, 9 responden (45%) berasal dari BBKPM (Balai Besar Kesehatan Paru Masyarakat). Dari hasil observasi saya sebelum memilih tempat penelitian menjadi jawaban dari banyaknya pasien yang dirujuk dari BBKPM. Hal itu dilatar belakangi karena belum adanya Poli MDR di tempat tersebut. Sehingga pasien-pasien yang suspek MDR-TB di rujuk ke RSUD Labuang Baji, yang merupakan pusat rujukan MDR-TB di Sulawesi Selatan.

Berdasarkan data yang telah diperoleh menunjukkan bahwa tempat dinyatakan MDR-TB dari 50 responden (100%) di rumah sakit. Penelitian ini sejalan dengan penelitian Munawwarah dimana tempat pasien dinyatakan MDR 100% di rumah sakit.

Pada hasil penelitian ini, Semua responden (100%) dinyatakan MDR-TB di rumah sakit, dikarenakan kebanyakan pasien yang menjadi responden pada penelitian ini banyak yang berasal dari beberapa puskesmas di berbagai daerah dan juga Rumah sakit yang belum memiliki poli MDR dimana pasien tersebut berstatus suspek MDR-TB yang di rujuk ke RSUD Labuang Baji untuk diperiksa lebih lanjut, karena RSUD Labuang Baji merupakan pusat rujukan MDR-TB di Sulawesi Selatan.

2. Ketersediaan Obat Responden

Jaminan tersedianya OAT lini kedua secara teratur, menyeluruh dan tepat waktu dengan mutu terjamin merupakan salah satu dari lima hal yang diutamakan dari program Penanggulangan kasus MDR-TB dilakukan dengan menggunakan strategi DOTS Plus dimana “S” adalah strategi bukan Short course therapy sedangkan “plus” berarti menggunakan OAT lini kedua dan melakukan kontrol infeksi (Permenkes RI No 13 tahun 2013)

Berdasarkan data yang telah diperoleh menunjukkan bahwa ketersediaan obat dari 50 responden (100%) kebutuhan obatnya selalu terpenuhi. ketersediaan obat yang cukup dan berkualitas sangat mempengaruhi angka MDR TB (Sinaga, 2014).

Berdasarkan hasil observasi dalam penelitian ini, peneliti juga mendapatkan informasi tambahan dari beberapa petugas di Poli MDR dimana ketersediaan obat memang sangat diperhatikan dan ketersediaan obat lini kedua tersebut selalu tersuplai dengan baik hal ini memang diupayakan karena pengobatan TB MDR yang dilakukan setiap hari tanpa selang waktu 18-24 bulan.

Salah satu strategi pengendalian MDR-TB adalah adanya jaminan ketersediaan OAT lini kedua berkualitas yang tidak terputus. Pengelolaan OAT lini kedua lebih rumit daripada OAT lini pertama. Hal ini disebabkan oleh beberapa hal, antara lain, waktu kadaluarsa yang lebih singkat, cara penghitungan kebutuhan pemakaian yang berdasar kebutuhan per individual pasien, jangka waktu pemberian yang berbeda sesuai respons pengobatan, beberapa obat memerlukan cara penyimpanan khusus yang tidak memungkinkan untuk dikemas dalam sistem paket. Kerumitan tersebut memerlukan upaya tambahan dari petugas farmasi/ petugas kesehatan yang terlibat dalam pengelolaan OAT lini kedua di setiap jenjang, dimulai dari perhitungan kebutuhan, penyimpanan, sampai persiapan pemberian OAT kepada pasien. Untuk menjamin tidak terputusnya pemberian OAT, maka stok OAT harus tersedia dalam jumlah cukup untuk minimal 6 bulan sebelum obat diperkirakan habis. OAT lini kedua yang digunakan harus berkualitas dan sesuai standar WHO, (Pedoman Nasional Pengendalian Tuberkulosis, 2011).

3. Mendapatkan informasi dari petugas

Pengobatan harus didukung oleh petugas kesehatan yang berkompeten, pelayanan MDR-TB dilakukan dengan keberpihakan kepada pasien, serta mengikuti prosedur tetap untuk mengawasi dan mengatasi kejadian efek samping obat (Pedoman Nasional Pengendalian Tuberkulosis, 2011)

Berdasarkan data yang telah diperoleh menunjukkan bahwa dari 100% responden pernah mendapatkan informasi mengenai MDR-TB, berapa lama pengobatan yang harus dijalani dan kesembuhan penderita. Informasi dari petugas kesehatan sangatlah perlu sebagai langkah pencegahan dari hal-hal yang dapat memperparah atau dapat menularkan penyakit yang diderita. Namun meskipun petugas kesehatan pernah memberikan informasi mengenai MDR-TB kepada pasien, lama pengobatan dan kesembuhan penderita tidak bisa dipungkiri bahwa pemahaman setiap pasien berbeda-beda, terlebih jika informasi itu tidak dilakukan secara berulang.

4. Efek samping obat

a. Merasakan efek samping

Berdasarkan data yang telah diperoleh menunjukkan bahwa dari 50 responden (100%) merasakan efek samping obat. Seperti halnya pada penelitian Munawwarah, dimana pada pengobatan TB-MDR 100% pasien menyatakan adanya efek samping setelah mengkonsumsi obat. sedangkan berdasarkan waktu pertama kali merasakan efek samping yaitu 48 responden (96%) merasakan efek samping sejak awal melakukan pengobatan, 1 responden (2%) baru merasakan efek samping saat 6 bulan pengobatan dan 1 responden (2%) merasakan efek samping setelah 21 bulan pengobatan.

Tingginya persentase responden yang merasakan efek samping sejak awal pengobatan disebabkan tubuh pasien sedang dalam proses beradaptasi dengan obat yang dikonsumsi pasien.

Oleh karena itu, pemantauan terjadinya efek samping sangat penting pada pengobatan pasien MDR-TB, karena dalam paduan OAT MDR terdapat OAT lini kedua yang memiliki efek samping yang lebih banyak dibandingkan dengan OAT lini pertama. Semua OAT yang digunakan untuk pengobatan pasien MDR-TB mempunyai kemungkinan untuk timbul efek samping baik ringan, sedang, maupun berat. Bila muncul efek samping pengobatan, kemungkinan pasien akan menghentikan pengobatan tanpa memberitahukan TAK/petugas fasyankes (default), sehingga KIE mengenai gejala efek samping pengobatan harus dilakukan sebelum pasien memulai pengobatan MDR-TB. Selain itu penanganan efek samping yang baik dan adekuat adalah kunci keberhasilan pengobatan MDR-TB (Pedoman Nasional Pengendalian Tuberkulosis, 2011).

b. Efek samping yang dirasakan

Dari hasil penelitian menunjukkan bahwa efek samping yang dirasakan responden yaitu 49 responden (98%) merasakan mual dan pusing serta 1 responden (2%) merasakan gangguan pendengaran. Penelitian ini sejalan dengan Reviono dimana efek samping yang paling banyak terjadi adalah mual dan muntah yang terjadi pada 91 (79,8%) pasien. Beberapa obat yang diduga sebagai penyebab timbulnya efek samping mual dan muntah adalah Eto, PAS, serta Z.

Eto (Etionamid) adalah antibiotik yang bekerja dengan menghentikan pertumbuhan bakteri. Antibiotik ini hanya bekerja pada infeksi bakteri seperti pada pengobatan tuberkulosis. Dosis diberikan berdasarkan usia, berat badan, kondisi

medis dan respon terhadap pengobatan. Meminum obat ini dan obat TB lainnya sampai pengobatan selesai walaupun gejala telah hilang, menghentikan pengobatan terlalu dini atau melewati dosis dapat menyebabkan bakteri kembali berkembang sehingga infeksi terjadi kembali dan semakin sulit diobati. Etionamid diserap baik oleh usus dan di metabolisme di hati. Kadar serum puncaknya adalah 15-20 mg/ml dan dosis optimal biasanya 1 gram. Obat ini hampir sepenuhnya didistribusikan keseluruh tubuh. Efek samping yang timbul adalah mual, muntah, kehilangan nafsu makan. Diperlukan penambahan dosis secara bertahap karena sangat mengiritasi saluran pencernaan.

Kemudian PAS (Para Amino Salisilat), obat ini diekskresikan dengan cepat, dosis tinggi diperlukan untuk mempertahankan aktivitas bakteristatiknya. Dosis umum terapi oral harian adalah 150 mg/kg, dan dosis tidak boleh melebihi 10-12 gram/hari. Melebihi dari dosis tersebut akan menyebabkan efek samping mual, muntah, diare dan nyeri epigastrium. PAS mudah diserap melalui saluran cerna. Obat ini mencapai kadar tinggi dalam berbagai cairan tubuh kecuali dalam cairan otak. Masa paruh obat sekitar satu jam. 80% PAS diekskresi melalui ginjal, 50% diantaranya dalam bentuk terasetilasi. Penderita dengan insufisiensi ginjal tidak dianjurkan menggunakan PAS karena ekskresinya terganggu. Mekanisme kerja PAS sangat mirip dengan sulfonamid. Karena sulfonamid tidak efektif terhadap M.Tuberculosis dan PAS tidak efektif terhadap kuman yang sensitif terhadap sulfonamid. Penggunaan Pas seringkali disertai keluhan pada saluran cerna seperti merasa mual, reaksi hipersensitif, hipotiroid, trombositopenia, dan malabsorpsi.

Kemudian Z (Pyrazinamide) yang merupakan salah satu obat yang digunakan untuk mengobati penyakit TB. Obat ini bekerja dengan menghentikan pertumbuhan

bakteri. Obat ini hanya mengobati infeksi bakteri. Penggunaan Pyrazinamide harus disesuaikan dengan berat badan. Pyrazinamid bersifat bakterisidal lemah tetapi mempunyai efek sterilisasi intraseluler, di lingkungan asam dan tempat peradangan. Pyrazinamid mudah di absorpsi dan tersebar di seluruh jaringan. Hati-hati pada pasien diabetes mellitus karena dapat menyebabkan kadar gula darah tidak stabil. Efek samping yang timbul adalah mual, muntah, hiperurisemia yang asimtomatik.

Mual dan muntah merupakan keluhan tersering pada kasus MDR TB juga ditemukan pada beberapa penelitian. Efek samping keluhan mual dan muntah ini yang paling sering menyebabkan penambahan obat-obat simptomatis tanpa harus mengubah regimen terapi sebelumnya.

Efek samping mual dan muntah dirasakan oleh 49 responden (98%), 48 responden (96%) merasakan hal tersebut sejak awal pengobatan sedangkan 1 responden (2%) baru merasakan setelah menjalani 6 bulan pengobatan. Dan sisanya yaitu 1 responden merasakan efek samping berat yaitu gangguan pendengaran di saat telah menjalani pengobatan selama 21 bulan. Responden tersebut adalah salah satu dari 2 responden yang telah melakukan pengobatan dari tahun 2015.

Salah satu efek samping berat dari OAT lini kedua adalah gangguan pendengaran yang disebabkan oleh efek dari OAT Kanamisin dan Kapreomisin (Pedoman Manajemen Terpadu Pengendalian Tuberkulosis Resistan Obat, 2013).

Kanamisin adalah antibiotik bakterisidal aminoglikosida yang digunakan secara luas terutama untuk infeksi-infeksi yang disebabkan oleh bakteri-bakteri gram negatif. Kanamisin berfungsi menghambat pertumbuhan bakteri. Kanamisin berkaitan erat dengan antibiotik jenis aminoglikosida. Kanamisin bekerja pada ribosom dan menghambat proses sintesis protein. Kanamisin biasanya dapat

diberikan secara intramuskuler. Konsentrasi serum harus berada dalam kisaran 15-20 mg/kg. Hati-hati pemberian pada ibu hamil dan ibu menyusui, penyakit ginjal, penyakit hati, dan yang hipersensitif terhadap aminoglikosida. Efek samping yang dapat terjadi adalah gangguan pada saraf kedelpan dan toksisitas ginjal, gangguan pendengaran, gangguan keseimbangan yang menetap, neuropati perifer. Sedangkan kapreomisin adalah secara kimiawi berbeda dengan aminoglikosida, tetapi kemungkinan memiliki resistensi silang dengan streptomisin, amikasin, dan kanamisin. Kapreomisin memiliki aktivitas terapeutik yang sama dengan kanamisin dan amikasin begitupun dengan farmakologi dan toksisitasnya, efek sampingnya pun demikian.

وَأَبِي هُرَيْرَةَ أَنَّهِمَا سَمِعَا رَسُولَ اللَّهِ صَلَّى اللَّهُ عَلَيْهِ وَسَلَّمَ يَقُولُ مَا يُصِيبُ الْمُؤْمِنَ مِنْ
وَصَبٍ وَلَا نَصَبٍ وَلَا سَقَمٍ وَلَا حَزَنٍ حَتَّى أَلْهَمَ إِلَهُهُ إِلَّا كُفِّرَ بِهِ مِنْ سَيِّئَاتِهِ

Terjemahnya :

Dari Abu Said Al Khudri dan Abu Hurairah RA, bahwasanya kedua orang sahabat itu pernah mendengar Rasulullah SAW bersabda, *"Tidak ada penderitaan, kesengsaraan, sakit, kesedihan, dan bahkan juga kekalutan yang menimpa seorang mukmin, melainkan dengan semua itu dihapuskan sebagian dosanya."* (HR. Bukhari)

Kita harus meyakini bahwa ketetapan dariNya pasti ada hikmah dibalikinya, dengan sakit yang kita alami kita bisa menjadi orang yang lebih sabar dan bertawakkal kepada Allah. Sakit dan musibah bisa menjadi sarana penghapus dosa. Namun, tidak serta merta demikian jika dalam hati dan sikap justru kita tidak menerima, tidak sabar dan tidak berusaha mencari solusi atas apa yang menimpa kita. Ketika sedang diuji sakit, kesebaran seseorang akan tampak dari sikap dan tindakan yang diambil dalam

menyikapi cobaan tersebut. Dengan sikap penerimaan dan berusaha bangkit dari apa yang dialami tersebut maka Allah swt akan menghapus dosa-dosa kita. Misalnya pada kondisi sakit yang diderita selain harus memiliki sikap penerimaan atas hal tersebut, kita juga harus berusaha mencari solusi dengan cara mencari pengobatan untuk memperoleh kesembuhan karena dalam firman Allah juga disebutkan bahwa tidaklah Allah menurunkan sebuah penyakit, kecuali ia menurunkan pula obatnya. Orang yang beriman ketika menghadapi apapun yang ditakdirkan Allah kepadanya, menganggapnya sebagai suatu kebaikan. Jika ia ditimpa kesusahan dan kesempitan hidup, maka ia sabar terhadap takdir Allah tersebut. Disamping itu, ia mencari jalan keluarnya.

Himkah lain dari sakit dan musibah adalah menyadarkan seorang hamba yang tadinya lalai dan jauh dari mengingat Allah karena rasa tidak bersyukur di waktu sehat dan sibuk mengurus urusan duniawi. dengan sakit dan musibah tersebut barulah ia merasakan kelemahan dan teringat akan dosa-dosa dan ketidak mampuannya di hadapan Allah, sehingga ia kembali kepada Allah dengan penyesalan, kepasrahan, memohon ampun dan berdoa kepadaNya.

5. PMO (Pengawas Minum Obat)

a. Kepemilikan PMO

Pengawas menelan obat (PMO) adalah seseorang yang diperlukan untuk menjamin keteraturan pengobatan pasien Tuberkulosis (TB). PMO adalah petugas kesehatan, misalnya bidan di desa, perawat dan sanitarian. Bila tidak ada petugas kesehatan yang menjadi PMO, maka PMO boleh berasal dari kader kesehatan, guru, tokoh masyarakat dan anggota keluarga (Kemenkes, 2011).

Berdasarkan data yang telah diperoleh menunjukkan bahwa dari 50 responden (100%) memiliki PMO (Pengawas Minum Obat) dan 100% PMO responden adalah petugas kesehatan. Penelitian ini sama halnya dengan penelitian Munawwarah 100% pasien memiliki PMO.

PMO responden secara keseluruhan adalah petugas kesehatan di poli MDR karena OAT lini kedua pada pasien MDR TB adalah 1x dalam sehari baik injeksi maupun obat oral. Hal tersebut mengakibatkan tidak perlunya PMO anggota keluarga. Namun 4 dari 50 responden mengaku memiliki anggota keluarga yang menjadi motivator dalam proses menjalani pengobatannya.

PMO sangat dibutuhkan oleh pasien karena mereka butuh motivasi dan dorongan baik dari petugas kesehatan maupun anggota keluarga, karena pengobatan MDR-TB yang sangat lama yaitu 18- 24 bulan hal ini memungkinkan memicu kejenuhan pada penderita dengan adanya PMO tersebut diharapkan dapat mengurangi kemungkinan kejenuhan yang muncul pada pasien.

6. Krostabulasi lama pengobatan dan efek samping yang dirasakan.

Pengobatan pasien MDR-TB terdiri atas dua tahap, tahap awal dan tahap lanjutan yaitu sekitar 18 – 24 bulan. Selama tahap awal baik obat suntikan dan obat minum diberikan oleh petugas kesehatan di hadapan Pengawas Menelan Obat (PMO) kepada pasien. Pada tahap rawat jalan obat oral ditelan dihadapan petugas kesehatan/ kader kesehatan yang berfungsi sebagai PMO. Tahap lanjutan adalah tahap pengobatan setelah selesai pengobatan tahap awal dan pemberian suntikan dihentikan. Obat tetap disimpan fasyankes, pasien minum obat setiap hari di bawah pengawasan petugas kesehatan yang bertindak sebagai PMO, (Pedoman Manajemen Terpadu Pengendalian Tuberkulosis Resistan Obat , 2013).

Berdasarkan hasil penelitian lama pengobatan dan efek samping yang dirasakan pasien yaitu sebanyak 49 responden (98%) yang telah menjalani 1 – 20 bulan pengobatan, mengalami mual dan pusing, sementara 1 responden (2%) yang telah menjalani 21 – 24 bulan pengobatan, mengalami gangguan pendengaran.

Hal ini menunjukkan bahwa pengobatan MDR-TB dari awal hingga pengobatan hampir selesai, efek samping yang sering muncul adalah mual dan pusing, kecuali salah satu responden yang mengalami gangguan pendengaran karena responden ini adalah 1 dari 2 responden yang telah menjalani pengobatan sejak tahun 2015.

Dari hasil observasi peneliti memang benar efek samping mual dan pusing tersebut terlihat dialami oleh pasien setelah mengkonsumsi obat yang telah diberikan petugas di poli MDR.



BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian terbanyak jenis kelamin laki-laki yaitu sebanyak 28 responden (56%). Kelompok umur penderita tertinggi yaitu 45-53 tahun sebanyak 16 responden (32%). Pendidikan terakhir penderita tertinggi yaitu tamat SMA sebanyak 21 responden (42%). Status pekerjaan pasien tertinggi yaitu tidak bekerja sebanyak 40 responden (80%). 100% responden kebutuhan obatnya selalu terpenuhi. 100% mendapatkan informasi mengenai .MDR-TB, berapa lama pengobatan yang harus dijalani dan kesembuhan penderita. 98% merasakan efek samping sejak awal melakukan pengobatan . 98% responden merasakan efek samping berupa mual dan pusing dan 1 responden (2%) mengalami gangguan pendengaran. 100% responden memiliki PMO dan Pmo tersebut adalah petugas kesehatan.

B. Saran

Bagi petugas kesehatan sebaiknya melakukan surveilans aktif agar dapat mendeteksi pasien-pasien yang berpeluang menderita TB-MDR agar tidak terjadi keterlambatan diagnosis, petugas kesehatan juga sebaiknya lebih memantau efek samping yang dirasakan pasien dalam pengobatan TB-MDR agar dapat mencegah kemungkinan pasien mangkir berobat karena efek samping. Untuk penelitian selanjutnya sebaiknya melakukan penelitian dengan melihat hubungan antar variabel, agar dapat melihat variabel yang menjadi faktor risiko MDR-TB.

DAFTAR PUSTAKA

- Al-Quran dan Terjemahan. 2010. Kementerian Agama Republik Indonesia.
- Achriani, dkk. *Hubungan Perilaku Merokok dengan Kerugian Ekonomi (economic lost) pada pasien Multi Drug Resistance Tuberculosis (MDR-TB) di Rumah Sakit Umum Labuang Baji Kota Makassar Tahun 2013*. Jurnal Epidemiologi. Fakultas Kesehatan Masyarakat. Universitas Hasanauddin: Makassar. 2013.
- Akbar. <http://makassar.inikata.com/read/2016/09/26/1761/dinkes-makassar-himbau-kepada-penderita-tb-agar-rutin-berobat> (diakses pada 19 desember 2016)
- Azmi, Abdullah Zhidqul. *Prevalensi Risiko Multi Drug Resistance (MDR-TB) di Kota Depok Tahun 2010-2012*. Skripsi. Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan. UIN Syarif Hidayatullah Jakarta: Jakarta. 2013.
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian kesehatan Republik Indonesia. Riset Kesehatan Dasar. 2013
- Dahlan M Sopiyyuddin. *Statistika untuk Kedokteran dan Kesehatan*. Epidemiologi Indonesia. 2014.
- Dotulong, Jendra dkk. *Hubungan antara umur, jenis kelamin, dan kepadatan hunian dengan kejadian TB paru di desa Wori*. Kedokteran komunitas dan tropik. Universitas Sam Ratulangi. Manado. 2015
- Fatir, Darwin. <http://makassar.antaranews.com/berita/70388/dinkes-sulsel-galakkan-penuntasan-ependemi-tb-2019>. (diakses pada 13 November 2016).
- Hertarhia Rospa. *Kecerdasan Spiritual dan Caring Petugas Kesehatan Terhadap Kepatuhan Pasien TB. Paru di dalam Pengobatan*. Jurnal Health Quality Vo. 4 No. 2 Mei 2014. Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes: Jakarta. 2014
- Himawan, Ari Budi dkk. *Berbagai Faktor Risiko Kejadian TB Paru Drop Out*. Jurnal. Fakultas Kedokteran. Universitas Diponegoro: Semarang. 2015.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Direktorat Jenderal Penanggulangan dan Penyehatan Lingkungan. *Pedoman Nasioanl Pengendalian Tuberkulosis*. 2011.

- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Direktorat Jenderal Penanggulangan dan Penyehatan Lingkungan. *Strategi Nasional Pengendalian TB di Indonesia*. 2014.
- Kementerrian Perencanaan Pembangunan Nasional. RPJM (Rencana Pembangunan Jangka Menengah) Nasional 2015-2019.
- Korua, Elisa dkk. *Hubungan antara umur, jenis kelamin, dan kepdatan hunian dengan kejadian TB paru pada pasien Rawat jalan di RSUD Noongan*. Fakultas Kesehatan Masyarakat. Universitas Sam Ratulangi. Manado. 2014
- Linda Dorothe Oje. *Hubungan Karakteristik Klien Tuberkulosis dengan pengetahuan tentang Multidrug Resisten Tuberkulosis (MDR-TB)*. Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia: Depok. 2012
- Made I Dewa Ayu dkk. *Hubungan Fase Pengobatan TB dan Pengetahuan Tentang MDR TB Dengan Kepatuhan Pengobatan Pasien TB*. Epiddemiologi Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga: Surabaya. 2016
- Mansur, Muhammad dkk. *Analisis Penatalaksanaan Program Penanggulangan Tuberkulosis Paru Dengan Strategi Dots Di Puskesmas Desa Lalang Kecamatan Medan Sunggal Tahun 2015*. Jurnal. Fakultas Kesehatan Masyarakat. Universitas Sumatera Utara: Medan. 2015.
- Munawwarah, Rifaah dkk. *Gambaran Faktor Risiko Pengobatan Pasien Tb-Mdr Rs Labuang Baji Kota Makassar Tahun 2013*. Jurnal Epidemiologi. Fakultas kesehatan Masyarakat. Universitas Hasanuddin : Makassar. 2013.
- Munir, Melati Sri dkk. *Pengamatan Pasien Tuberkulosis Paru dengan Multidrug Resistant(TB-MDR) di Poliklinik Paru RSUP Persahabatan*. Jurnal Respirasi Indo Vol. 30, No. 2, april 2010. Fakultas Kedokteran. Universitas Indonesia : Jakarta. 2010.
- Natasha dkk. *Gambaran Perilaku Tenaga Kesehatan Terhadap Pengobatan Tuberkulosis Paru di Puskesmas Kota Manado*. Kedokteran komunitas. Volume III Nomor 2 Aril 2015. Fakultas Kedokteran Univeristas Sam Ratulangi. Manado. 2015
- Notoatmodjo, Soekidjo. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta. Rineka Cipta. 2012.
- Notoadmodjo, Soekidjo. *Promosi Keshetaan Teori dan Aplikasi*. Rineka cipta. Jakarta. 2010

- Nurhayati Iis Dkk. *Perilaku Pencegahan Penularan dan Faktor-Faktor yang Melatar Belakangnya Pada Pasien Tuberculosis Multidrug Resistance (TB-MDR)*. Volume 3 No 3 Desember 2015. Fakultas Keperawatan. Universitas Padjajaran: Bandung. 2015
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 13 Tahun 2013. Tentang Pedoman Manajemen Terpadu Pengendalian Tuberkulosis Resisten Reviona, dkk. *Multidrug Resistant Tuberculosis (MDR-TB): Tinjauan Epidemiologi dan Faktor Risiko Efek Samping Obat Anti Tuberkulosis*. Jurnal. Fakultas Kedokteran. Universitas Sebelas maret Surakarta: Surakarta. 2014.
- Profil Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan Tahun 2014.
- Reviono dkk. *Multidrug Resistance Tuberculosis (MDR-TB): Tinjauan Epidemiologi dan Faktor Risiko Efek Samping Obat Anti Tuberkulosis*. MKR Volume 46 No. 4 Desember 2014. Pulmonologi dan Ilmu Kedokteran Respirasi Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret: Surakarta. 2014
- Riyanto, Agus. *Aplikasi Metodologi Penelitian Kesehatan*. Nuha Medika. 2011. Sinaga, Bintang Yinke Magdalena. *Karakteristik penderita Multidrug Resistant Tuberculosis yang mengikuti Programmatic Management of Drug-Resistant Tuberculosis di Rumah Sakit Umum Pusat H. Adam Malik Medan*. Jurnal Pulmonologi dan Kedokteran Respirasi. Fakultas Kedokteran. Universitas Sumatera Utara : Medan. 2013.
- Saldy. <http://makassar.tribunnews.com/2016/09/26/hingga-september-5-warga-makassar-meninggal-karena-tb-mdr> . (diakses pada 5 November 2016).
- Sihombing, Hendra dkk. *Pola Resistensi Primer pada Penderita TB Paru Kategori I di RSUPH. Adam Malik, Medan*. Jurnal. Fakultas Kedokteran. Universitas Sumatera Utara: Medan. 2011.
- SR, Dwi sarwani dkk. *Faktor Risiko Multidrug Resistant Tuberculosis (Mdr-Tb)*. Jurnal Kesehatan Masyarakat. ISSN 1858-1196. Fakultas kedokteran dan Ilmu Kesehatan. Universitas Jenderal Soedirman: Purwokerto, Indonesia. 2012.
- Shihab, M Quraish. *Tafsir Al- Mishbah Volume 9*. Lentera hati. Jakarta. 2002
- TB Indonesia. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. <http://www.tbindonesia.or.id/tb-mdr/> (diakses pada 13 November 2016)

Tim TB RSUD Dr. Soetomo. Buku Pegangan pasien Penangana Efek Samping Obat.
Prima. Surabaya. 2013

World Health Organization. Multi Drug Resistance Tuberculosis. 2016.

Yulianti dkk. Gangguan Pendengaran Penderita Tuberkulosis Multidrug Resistance.
Departemen THT Fakultas Kedokteran Universitas Padjajaran.
Bandung. 2015





DAFTAR SINGKATAN

1. MDR-TB	: Multidrug Resistance Tuberculosis
2. TAK	: Tenaga Ahli Klinis
3. KIE	: Komunikasi Informasi Edukasi
4. PMO	: Pengawas Minum Obat
5. OAT	: Obat Anti Tuberkulosis
6. BTA	: Bakteri Tahan Asam
7. H	: Isoniazid
8. R	: Rifampisin
9. E	: Etambutol
10. Z	: Oirazinamid
11. S	: Steptomisin
12. Km	: Kanamisin
13. Am	: Amikasin
14. Cm	: Kapreomisin
15. Lfx	: Levofloksasin
16. Mfx	: Moksifloksasin
17. Ofx	: Ofloksasin
18. Eto	: Etoinamid
19. Pto	: Protionamid
20. Cs	: Sikloserin
21. Trd	: Terizidon
22. Pas	: Para amino salisilat
23. Cfz	: Clofazimin
24. Lzd	: Linezolid
25. Amx/Clv	: Amoksilin/Asam klavulanat
26. Clr	: Clarithromisin
27. Ipm	: Impinem

LAMPIRAN PEMBERIAN SKORING BERDASARKAN SKALA

GUTTMAN :

Pemberian informasi dari petugas

Jumlah pilihan = 2 kategori

Jumlah pertanyaan = 3

Skoring terendah = 0

Skoring tertinggi = 1

Jumlah skor terendah = skoring terendah x jumlah pertanyaan = $0 \times 3 = 0$ (0%)

Jumlah skor tertinggi = skoring tertinggi x jumlah pertanyaan = $1 \times 3 = 3$ (100%)

Interval (I) = range (R) / kategori (K)

Range (R) = skor tertinggi – skor terendah = $100 - 0 = 100\%$

Kategori (K) = 2

Interval (I) = $100 / 2 = 50\%$

Kriteria penilaian = skor tertinggi - Interval = $100 - 50 = 50\%$

Faktor PMO (Pengawas Minum Obat)

Jumlah pilihan = 2 kategori

Jumlah pertanyaan = 3

Skoring terendah = 0

Skoring tertinggi = 1

Jumlah skor terendah = skoring terendah x jumlah pertanyaan = $0 \times 3 = 0$ (0%)

Jumlah skor tertinggi = skoring tertinggi x jumlah pertanyaan = $1 \times 3 = 3$ (100%)

Interval (I) = range (R) / kategori (K)

Range (R) = skor tertinggi – skor terendah = $100 - 0 = 100\%$

Kategori (K) = 2

Interval (I) = $100/2 = 50\%$

Kriteria penilaian= skor tertinggi- Interval = $100 - 50 = 50\%$



data penelitian.MDR.sav

	no	tgl	kabkota	nama	JK
1	01	Selasa, 23 ...	Makassar	M. Jabir	laki-laki
2	02	Selasa, 23 ...	Makassar	Nurhaedah	perempuan
3	03	Selasa, 23 ...	Makassar	Junaedi	laki-laki
4	04	Selasa, 23 ...	Gowa	Ryan	laki-laki
5	05	Selasa, 23 ...	pangkep	Umar Bakri	laki-laki
6	06	Selasa, 23 ...	Makassar	Amiruddin	laki-laki
7	07	Selasa, 23 ...	Makassar	Muh Yusuf	laki-laki
8	08	Selasa, 23 ...	Makassar	Syamsuddin	laki-laki
9	09	Rabu, 24 M...	Gowa	Nur halim	laki-laki
10	10	Rabu, 24 M...	Makassar	Faisal	laki-laki
11	11	Rabu, 24 M...	Makassar	Tajuddin	laki-laki
12	12	Rabu, 24 M...	Makassar	Siah dg. Kebo	perempuan
13	13	Rabu, 24 M...	takalar	Henri	laki-laki
14	14	Rabu, 24 M...	Makassar	Rahmania	perempuan
15	15	Rabu, 24 M...	Makassar	Nirwana	perempuan
16	16	Rabu, 24 M...	Makassar	Ratma	perempuan
17	17	Rabu, 24 M...	Makassar	Ratnawati	perempuan
18	18	Rabu, 24 M...	Makassar	Indra Gunawan	laki-laki
19	19	Rabu, 24 M...	Makassar	dedi setyadarma	laki-laki
20	20	kamis, 25 ...	Makassar	Achmad Prayudi	laki-laki
21	21	kamis, 25 ...	Makassar	Nursalam	laki-laki
22	22	kamis, 25 ...	Makassar	Masita	perempuan
23	23	kamis, 25 ...	Makassar	Irsal	laki-laki
24	24	kamis, 25 ...	Makassar	Nino	laki-laki
25	25	kamis, 25 ...	Makassar	Ramlina	perempuan
26	26	kamis, 25 ...	Makassar	Nurhayati	perempuan
27	27	kamis, 25 ...	Makassar	Reni	perempuan
28	28	Jum'at, 26 ...	Makassar	Indra Massora	laki-laki
29	29	Jum'at, 26 ...	wajo	Dahlan	laki-laki
30	30	Jum'at, 26 ...	pangkep	Misi	laki-laki
31	31	Jum'at, 26 ...	luwu	Jamaluddin	laki-laki
32	32	Jum'at, 26 ...	bone	Sani	perempuan
33	33	Jum'at, 26 ...	pangkep	Hamida	perempuan
34	34	Jum'at, 26 ...	takalar	Rannu	perempuan
35	35	Jum'at, 26 ...	Makassar	Dorce	perempuan
36	36	Jum'at, 26 ...	pangkep	Hanafi Tari	perempuan
37	37	Jum'at, 26 ...	jenepono	Syahrani	perempuan
38	38	Jum'at, 26 ...	jenepono	Hasmawati	perempuan

data penelitian.MDR.sav

	umur	pendidikan	pekerjaan	lainnya	MDR	asalrujukan
1	54 - 62 tahun	tamat SD	wiraswasta	...	Tahun 2016	rumah sakit
2	45 - 53 tahun	tamat SD	tidak bekerja	...	Tahun 2016	puskesmas
3	36 - 44 tahun	tamat SMA	tidak bekerja	...	Tahun 2016	puskesmas
4	27-35 tahun	tamat SMA	tidak bekerja	...	Tahun 2016	puskesmas
5	27-35 tahun	tamat SD	tidak bekerja	...	Tahun 2016	puskesmas
6	36 - 44 tahun	tamat SMA	tidak bekerja	...	Tahun 2016	puskesmas
7	36 - 44 tahun	tamat SMA	wiraswasta	...	Tahun 2016	rumah sakit
8	45 - 53 tahun	tamat SD	tidak bekerja	...	Tahun 2016	puskesmas
9	27-35 tahun	tamat SMA	tidak bekerja	...	Tahun 2016	puskesmas
10	45 - 53 tahun	tamat SMP	buruh	...	Tahun 2016	puskesmas
11	63 - 71 tahun	tamat SMA	PNS/TNI/ P...	...	Tahun 2016	rumah sakit
12	54 - 62 tahun	tamat SD	tidak bekerja	...	Tahun 2015	rumah sakit
13	27-35 tahun	tamat SMA	wiraswasta	...	Tahun 2016	rumah sakit
14	45 - 53 tahun	tamat SMP	tidak bekerja	...	Tahun 2016	rumah sakit
15	45 - 53 tahun	tamat SMA	tidak bekerja	...	Tahun 2016	rumah sakit
16	27-35 tahun	tamat perg...	tidak bekerja	...	Tahun 2016	puskesmas
17	45 - 53 tahun	tamat SMA	tidak bekerja	...	Tahun 2016	puskesmas
18	45 - 53 tahun	tamat perg...	wiraswasta	...	Tahun 2015	rumah sakit
19	45 - 53 tahun	tamat SMA	tidak bekerja	...	Tahun 2017	rumah sakit
20	27-35 tahun	tamat SMA	tidak bekerja	...	Tahun 2017	rumah sakit
21	45 - 53 tahun	tamat SMA	tidak bekerja	...	Tahun 2016	rumah sakit
22	45 - 53 tahun	tamat SMP	tidak bekerja	...	Tahun 2016	puskesmas
23	45 - 53 tahun	tidak tamat...	tidak bekerja	...	Tahun 2017	puskesmas
24	18 - 26 tahun	tamat SMA	lainnya mekanik	...	Tahun 2016	rumah sakit
25	18 - 26 tahun	tamat SMP	tidak bekerja	...	Tahun 2016	rumah sakit
26	63 - 71 tahun	tamat SMP	tidak bekerja	...	Tahun 2016	puskesmas
27	27-35 tahun	tamat SMA	tidak bekerja	...	Tahun 2017	puskesmas
28	18 - 26 tahun	tamat SMA	tidak bekerja	...	Tahun 2016	rumah sakit
29	36 - 44 tahun	tamat SMP	tidak bekerja	...	Tahun 2017	puskesmas
30	54 - 62 tahun	tamat SD	tidak bekerja	...	Tahun 2016	rumah sakit
31	27-35 tahun	tamat SMA	buruh	...	Tahun 2016	rumah sakit
32	63 - 71 tahun	tidak tamat...	tidak bekerja	...	Tahun 2016	puskesmas
33	36 - 44 tahun	tamat SMP	tidak bekerja	...	Tahun 2016	rumah sakit
34	45 - 53 tahun	tamat SD	tidak bekerja	...	Tahun 2016	puskesmas
35	54 - 62 tahun	tamat SD	tidak bekerja	...	Tahun 2016	rumah sakit
36	27-35 tahun	tidak tamat...	wiraswasta	...	Tahun 2017	puskesmas
37	45 - 53 tahun	tamat SD	tidak bekerja	...	Tahun 2017	puskesmas
38	36 - 44 tahun	tidak tamat...	tidak bekerja	...	Tahun 2017	rumah sakit

data penelitian.MDR.sav

	rujukan	tempat	pertamaber...	lamaberobat	ketersediaan
1	RSU Pelamonia	Rumah sakit	29.02.2016	13 - 16 bulan	Ya
2	PKM Mamajang	Rumah sakit	17.06.2016	9 - 12 bulan	Ya
3	PKM Jongaya	Rumah sakit	06.10.2016	5 - 8 bulan	Ya
4	PKM Pallangga	Rumah sakit	23.05.2016	9 - 12 bulan	Ya
5	PKM Pangkep	Rumah sakit	16.11.2016	5 - 8 bulan	Ya
6	PKM Iyung	Rumah sakit	22.06.2016	9 - 12 bulan	Ya
7	BBKPM	Rumah sakit	11.04.2016	13 - 16 bulan	Ya
8	PKM Sudiang	Rumah sakit	03.07.2016	9 - 12 bulan	Ya
9	PKM Somba Opu	Rumah sakit	21.02.2016	13 - 16 bulan	Ya
10	PKM Dahlia	Rumah sakit	12.07.2016	9 - 12 bulan	Ya
11	BBKPM	Rumah sakit	29.02.2016	13 - 16 bulan	Ya
12	RS Haji	Rumah sakit	20.06.2015	21 - 24 bulan	Ya
13	RSUD H. Padjonga	Rumah sakit	14.01.2016	13 - 16 bulan	Ya
14	BBKPM	Rumah sakit	11.06.2016	9 - 12 bulan	Ya
15	BBKPM	Rumah sakit	18.08.2016	9 - 12 bulan	Ya
16	PKM Karuwisi	Rumah sakit	13.11.2016	5 - 8 bulan	Ya
17	PKM Kassi-kassi	Rumah sakit	02.03.2016	13 - 16 bulan	Ya
18	RS Daya	Rumah sakit	14.10.2015	17 - 20 bulan	Ya
19	RS Faisal	Rumah sakit	08.04.2017	1 - 4 bulan	Ya
20	BBKPM	Rumah sakit	08.02.2017	1 - 4 bulan	Ya
21	RSUD Labuang Baji	Rumah sakit	01.09.2016	5 - 8 bulan	Ya
22	PKM Cendrawasih	Rumah sakit	16.04.2016	13 - 16 bulan	Ya
23	PKM Minasa Upa	Rumah sakit	04.02.2017	1 - 4 bulan	Ya
24	BBKPM	Rumah sakit	08.10.2016	5 - 8 bulan	Ya
25	BBKPM	Rumah sakit	14.03.2017	13 - 16 bulan	Ya
26	PKM Kassi-kassi	Rumah sakit	14.09.2016	5 - 8 bulan	Ya
27	PKM batua Raya, Makassar	Rumah sakit	26.01.2017	1 - 4 bulan	Ya
28	BBKPM	Rumah sakit	30.03.2016	13 - 16 bulan	Ya
29	PKM Kerra, Wajo	Rumah sakit	05.01.2017	1 - 4 bulan	Ya
30	RSU Pangkep	Rumah sakit	20.01.2016	13 - 16 bulan	Ya
31	BBKPM	Rumah sakit	25.07.2016	9 - 12 bulan	Ya
32	PKM Kahu Bone	Rumah sakit	22.09.2016	5 - 8 bulan	Ya
33	RSU Pangkep	Rumah sakit	16.08.2016	9 - 12 bulan	Ya
34	PKM Tomata, Takalar	Rumah sakit	09.08.2016	9 - 12 bulan	Ya
35	RSU Pelamonia	Rumah sakit	14.07.2016	9 - 12 bulan	Ya
36	PKM Tupatobiring, Pangkep	Rumah sakit	19.12.2017	5 - 8 bulan	Ya
37	PKM Binamu	Rumah sakit	19.12.2017	5 - 8 bulan	Ya
38	RSU Ianto Dg. Pasewang	Rumah sakit	22.03.2017	13 - 16 bulan	Ya

data penelitian.MDR.sav

	informasi1	informasi2	informasi3	efek	kapanpertama
1	ya	ya	ya	ya	awal pengobatan
2	ya	ya	ya	ya	awal pengobatan
3	ya	ya	ya	ya	awal pengobatan
4	ya	ya	ya	ya	awal pengobatan
5	ya	ya	ya	ya	awal pengobatan
6	ya	ya	ya	ya	awal pengobatan
7	ya	ya	ya	ya	awal pengobatan
8	ya	ya	ya	ya	awal pengobatan
9	ya	ya	ya	ya	awal pengobatan
10	ya	ya	ya	ya	6 bulan pengobatan
11	ya	ya	ya	ya	awal pengobatan
12	ya	ya	ya	ya	21 bulan pengobatan
13	ya	ya	ya	ya	awal pengobatan
14	ya	ya	ya	ya	awal pengobatan
15	ya	ya	ya	ya	awal pengobatan
16	ya	ya	ya	ya	awal pengobatan
17	ya	ya	ya	ya	awal pengobatan
18	ya	ya	ya	ya	awal pengobatan
19	ya	ya	ya	ya	awal pengobatan
20	ya	ya	ya	ya	awal pengobatan
21	ya	ya	ya	ya	awal pengobatan
22	ya	ya	ya	ya	awal pengobatan
23	ya	ya	ya	ya	awal pengobatan
24	ya	ya	ya	ya	awal pengobatan
25	ya	ya	ya	ya	awal pengobatan
26	ya	ya	ya	ya	awal pengobatan
27	ya	ya	ya	ya	awal pengobatan
28	ya	ya	ya	ya	awal pengobatan
29	ya	ya	ya	ya	awal pengobatan
30	ya	ya	ya	ya	awal pengobatan
31	ya	ya	ya	ya	awal pengobatan
32	ya	ya	ya	ya	awal pengobatan
33	ya	ya	ya	ya	awal pengobatan
34	ya	ya	ya	ya	awal pengobatan
35	ya	ya	ya	ya	awal pengobatan
36	ya	ya	ya	ya	awal pengobatan
37	ya	ya	ya	ya	awal pengobatan
38	ya	ya	ya	ya	awal pengobatan

data penelitian.MDR.sav

	efeksamping	PMO	siapa	mengingatkan	memberidorongan
1	mual dan pusing	ya	petugas	ya	ya
2	mual dan pusing	ya	petugas	ya	ya
3	mual dan pusing	ya	petugas	ya	ya
4	mual dan pusing	ya	petugas	ya	ya
5	mual dan pusing	ya	petugas	ya	ya
6	mual dan pusing	ya	petugas	ya	ya
7	mual dan pusing	ya	petugas	ya	ya
8	mual dan pusing	ya	petugas	ya	ya
9	mual dan pusing	ya	petugas	ya	ya
10	mual dan pusing	ya	petugas	ya	ya
11	mual dan pusing	ya	petugas	ya	ya
12	gangguan pendeng...	ya	petugas	ya	ya
13	mual dan pusing	ya	petugas	ya	ya
14	mual dan pusing	ya	petugas	ya	ya
15	mual dan pusing	ya	petugas	ya	ya
16	mual dan pusing	ya	petugas	ya	ya
17	mual dan pusing	ya	petugas	ya	ya
18	mual dan pusing	ya	petugas	ya	ya
19	mual dan pusing	ya	petugas	ya	ya
20	mual dan pusing	ya	petugas	ya	ya
21	mual dan pusing	ya	petugas	ya	ya
22	mual dan pusing	ya	petugas	ya	ya
23	mual dan pusing	ya	petugas	ya	ya
24	mual dan pusing	ya	petugas	ya	ya
25	mual dan pusing	ya	petugas	ya	ya
26	mual dan pusing	ya	petugas	ya	ya
27	mual dan pusing	ya	petugas	ya	ya
28	mual dan pusing	ya	petugas	ya	ya
29	mual dan pusing	ya	petugas	ya	ya
30	mual dan pusing	ya	petugas	ya	ya
31	mual dan pusing	ya	petugas	ya	ya
32	mual dan pusing	ya	petugas	ya	ya
33	mual dan pusing	ya	petugas	ya	ya
34	mual dan pusing	ya	petugas	ya	ya
35	mual dan pusing	ya	petugas	ya	ya
36	mual dan pusing	ya	petugas	ya	ya
37	mual dan pusing	ya	petugas	ya	ya
38	mual dan pusing	ya	petugas	ya	ya

data penelitian.MDR.sav

	no	tgl	kabkota	nama	JK
39	39	Senin, 29 ...	enrekang	Wama	perempuan
40	40	Senin, 29 ...	jeneponto	Attas Irfan	laki-laki
41	41	Senin, 29 ...	Gowa	widianik	perempuan
42	42	Senin, 29 ...	pangkep	Sahir	laki-laki
43	43	Senin, 29 ...	bulukumba	Umar Halim	laki-laki
44	44	Senin, 29 ...	Makassar	Hasmawati	perempuan
45	45	Senin, 29 ...	Gowa	Nurdin Dg. Lengu	laki-laki
46	46	Senin, 29 ...	Gowa	Irwan Dg.Ropu	laki-laki
47	47	Senin, 29 ...	Makassar	Rara Pratiwi	perempuan
48	48	Senin, 29 ...	pangkep	Rahman	laki-laki
49	49	Senin, 29 ...	Makassar	Hasnidar	perempuan
50	50	Senin, 29 ...	Makassar	Ade saputra	laki-laki

UNIVERSITAS ISLAM NEGERI
ALAUDDIN
M A K A S S A R

data penelitian.MDR.sav

	umur	pendidikan	pekerjaan	lainnya	MDR	asalnjukan
39	36 - 44 tahun	tamat SMP	tidak bekerja	...	Tahun 2017	puskesmas
40	45 - 53 tahun	tamat SMA	wiraswasta	...	Tahun 2017	puskesmas
41	45 - 53 tahun	tamat SD	tidak bekerja	...	Tahun 2017	puskesmas
42	36 - 44 tahun	tamat SMP	tidak bekerja	...	Tahun 2017	puskesmas
43	36 - 44 tahun	tamat SMA	tidak bekerja	...	Tahun 2017	puskesmas
44	36 - 44 tahun	tamat SD	tidak bekerja	...	Tahun 2017	puskesmas
45	36 - 44 tahun	tamat SMP	tidak bekerja	...	Tahun 2017	puskesmas
46	45 - 53 tahun	tamat SMP	tidak bekerja	...	Tahun 2017	puskesmas
47	18 - 26 tahun	tamat SMA	tidak bekerja	...	Tahun 2017	puskesmas
48	18 - 26 tahun	tamat SMA	tidak bekerja	...	Tahun 2017	puskesmas
49	36 - 44 tahun	tamat SMP	tidak bekerja	...	Tahun 2017	puskesmas
50	18 - 26 tahun	tamat SMA	tidak bekerja	...	Tahun 2017	rumah sakit

data penelitian.MDR.sav

	rujukan	tempat	pertamaber...	lamaberobat	ketersediaan
39	PKM Enrekang	Rumah sakit	29.03.2017	1 - 4 bulan	Ya
40	PKM Jeneponto	Rumah sakit	31.03.2017	1 - 4 bulan	Ya
41	PKM Somba Opu	Rumah sakit	31.03.2017	1 - 4 bulan	Ya
42	PKM Pangkep	Rumah sakit	27.03.2017	1 - 4 bulan	Ya
43	PKM Bulukumba	Rumah sakit	29.03.2017	1 - 4 bulan	Ya
44	PKM Tamalate	Rumah sakit	22.03.2017	1 - 4 bulan	Ya
45	PKM Pattalassang	Rumah sakit	13.02.2017	1 - 4 bulan	Ya
46	PKM Bontolempangan, Gowa	Rumah sakit	22.02.2017	1 - 4 bulan	Ya
47	PKM Sudiang	Rumah sakit	23.02.2017	1 - 4 bulan	Ya
48	PKM Pangkep	Rumah sakit	14.03.2017	1 - 4 bulan	Ya
49	PKM Tamaumaung, Makassar	Rumah sakit	30.01.2017	1 - 4 bulan	Ya
50	RSUD Labuang Baji	Rumah sakit	05.01.2017	1 - 4 bulan	Ya

data penelitian.MDR.sav

	informasi1	informasi2	informasi3	efek	kapanpertama
39	ya	ya	ya	ya	awal pengobatan
40	ya	ya	ya	ya	awal pengobatan
41	ya	ya	ya	ya	awal pengobatan
42	ya	ya	ya	ya	awal pengobatan
43	ya	ya	ya	ya	awal pengobatan
44	ya	ya	ya	ya	awal pengobatan
45	ya	ya	ya	ya	awal pengobatan
46	ya	ya	ya	ya	awal pengobatan
47	ya	ya	ya	ya	awal pengobatan
48	ya	ya	ya	ya	awal pengobatan
49	ya	ya	ya	ya	awal pengobatan
50	ya	ya	ya	ya	awal pengobatan

data penelitian.MDR.sav

	efeksamping	PMO	siapa	mengingatkan	memberidorongan
39	mual dan pusing	ya	petugas	ya	ya
40	mual dan pusing	ya	petugas	ya	ya
41	mual dan pusing	ya	petugas	ya	ya
42	mual dan pusing	ya	petugas	ya	ya
43	mual dan pusing	ya	petugas	ya	ya
44	mual dan pusing	ya	petugas	ya	ya
45	mual dan pusing	ya	petugas	ya	ya
46	mual dan pusing	ya	petugas	ya	ya
47	mual dan pusing	ya	petugas	ya	ya
48	mual dan pusing	ya	petugas	ya	ya
49	mual dan pusing	ya	petugas	ya	ya
50	mual dan pusing	ya	petugas	ya	ya

LAMPIRAN OUTPUT DATA

jenis kelamin

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	perempuan	22	44.0	44.0	44.0
	laki-laki	28	56.0	56.0	100.0
	Total	50	100.0	100.0	

umur responden

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	18 - 26 tahun	6	12.0	12.0	12.0
	27-35 tahun	9	18.0	18.0	30.0
	36 - 44 tahun	12	24.0	24.0	54.0
	45 - 53 tahun	16	32.0	32.0	86.0
	54 - 62 tahun	4	8.0	8.0	94.0
	63 - 71 tahun	3	6.0	6.0	100.0
	Total	50	100.0	100.0	

pendidikan terakhir

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak tamat SD	4	8.0	8.0	8.0
	tamat SD	11	22.0	22.0	30.0
	tamat SMP	12	24.0	24.0	54.0
	tamat SMA	21	42.0	42.0	96.0
	tamat perguruan tinggi	2	4.0	4.0	100.0
	Total	50	100.0	100.0	

pekerjaan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak bekerja	40	80.0	80.0	80.0
	buruh	2	4.0	4.0	84.0
	PNS/TNI/ POLRI	1	2.0	2.0	86.0
	wiraswasta	6	12.0	12.0	98.0
	lainnya	1	2.0	2.0	100.0
	Total	50	100.0	100.0	

pekerjaan lainnya

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid		49	98.0	98.0	98.0
	mekanik	1	2.0	2.0	100.0
	Total	50	100.0	100.0	

kapan dinyatakan MDR

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tahun 2015	2	4.0	4.0	4.0
	Tahun 2016	28	56.0	56.0	60.0
	Tahun 2017	20	40.0	40.0	100.0
	Total	50	100.0	100.0	

asal rujukan pasien

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	rumah sakit	20	40.0	40.0	40.0
	puskesmas	30	60.0	60.0	100.0
	Total	50	100.0	100.0	

tempat dinyatakan MDR TB

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	BBKPM	9	18.0	18.0	18.0
	PKM batua Raya, Makassar	1	2.0	2.0	20.0
	PKM Binamu	1	2.0	2.0	22.0
	PKM Bontolempangan, Gowa	1	2.0	2.0	24.0
	PKM Bulukumba	1	2.0	2.0	26.0
	PKM Cendrawasih	1	2.0	2.0	28.0
	PKM Dahlia	1	2.0	2.0	30.0
	PKM Enrekang	1	2.0	2.0	32.0
	PKM Jeneponto	1	2.0	2.0	34.0
	PKM Jongaya	1	2.0	2.0	36.0
	PKM Kahu Bone	1	2.0	2.0	38.0
	PKM Karuwisi	1	2.0	2.0	40.0
	PKM Kassi-kassi	2	4.0	4.0	44.0
	PKM Kerra, Wajo	1	2.0	2.0	46.0
	PKM layang	1	2.0	2.0	48.0
	PKM Mamajang	1	2.0	2.0	50.0
	PKM Minasa Upa	1	2.0	2.0	52.0
	PKM Pallangga	1	2.0	2.0	54.0
	PKM Pangkep	3	6.0	6.0	60.0
	PKM Pattallassang	1	2.0	2.0	62.0
	PKM Somba Opu	2	4.0	4.0	66.0

PKM Sudiang	2	4.0	4.0	70.0
PKM Tamalate	1	2.0	2.0	72.0
PKM Tamaumaung, Makassar	1	2.0	2.0	74.0
PKM Tomata, Takalar	1	2.0	2.0	76.0
PKM Tupatobiring, Pangkep	1	2.0	2.0	78.0
RS Daya	1	2.0	2.0	80.0
RS Faisal	1	2.0	2.0	82.0
RS Haji	1	2.0	2.0	84.0
RSU Ianto Dg. Pasewang	1	2.0	2.0	86.0
RSU Pangkep	2	4.0	4.0	90.0
RSU Pelamonia	2	4.0	4.0	94.0
RSUD H. Padjonga	1	2.0	2.0	96.0
RSUD Labuang Baji	2	4.0	4.0	100.0
Total	50	100.0	100.0	

tempat dinyatakan MDR TB

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Rumah sakit	50	100.0	100.0	100.0

lama pengobatan yang telah dijalani

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1 - 4 bulan	17	34.0	34.0	34.0
5 - 8 bulan	9	18.0	18.0	52.0
9 - 12 bulan	11	22.0	22.0	74.0
13 - 16 bulan	11	22.0	22.0	96.0
17 - 20 bulan	1	2.0	2.0	98.0
21 - 24 bulan	1	2.0	2.0	100.0
Total	50	100.0	100.0	

obat selalu tersedia di pelayanan kesehatan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ya	50	100.0	100.0	100.0

mendapatkan informasi tentang TB MDR dari petugas kesehatan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ya	50	100.0	100.0	100.0

mendapatkan informasi tentang yang harus dijalani

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ya	50	100.0	100.0	100.0

mendapatkan informasi kesembuhan penderita

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ya	50	100.0	100.0	100.0

merasakan efek samping selama menjalani pengobatan MDR-TB

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ya	50	100.0	100.0	100.0

petama kali merasakan efek samping

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	awal pengobatan	48	96.0	96.0	96.0
	6 bulan pengobatan	1	2.0	2.0	98.0
	21 bulan pengobatan	1	2.0	2.0	100.0
	Total	50	100.0	100.0	

efek samping yang dirasakan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	mual dan pusing	49	98.0	98.0	98.0
	gangguan pendengaran	1	2.0	2.0	100.0
	Total	50	100.0	100.0	

memiliki PMO

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ya	50	100.0	100.0	100.0

PMO selalu mengingatkan untuk meminum obat

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ya	50	100.0	100.0	100.0

PMO selalu memberikan dorongan untuk berobat teratur

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ya	50	100.0	100.0	100.0

lama pengobatan yang telah dijalani * efek samping yang dirasakan Crosstabulation

			efek samping yang dirasakan		Total
			mual dan pusing	gangguan pendengaran	
lama pengobatan yang telah dijalani	1 - 4 bulan	Count 17 % within efek samping yang dirasakan 34.7%	17	0	17
	5 - 8 bulan	Count 9 % within efek samping yang dirasakan 18.4%	9	0	9
	9 - 12 bulan	Count 11 % within efek samping yang dirasakan 22.4%	11	0	11
	13 - 16 bulan	Count 11 % within efek samping yang dirasakan 22.4%	11	0	11
	17 - 20 bulan	Count 1 % within efek samping yang dirasakan 2.0%	1	0	1
	21 - 24 bulan	Count 0 % within efek samping yang dirasakan 0.0%	0	1	1
		Count 49 % within efek samping yang dirasakan 100.0%	49	1	50
			100.0%	100.0%	100.0%

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN PENELITIAN
(INFORMED CONSENT)

Dengan hormat,

Saya adalah mahasiswa Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Islam Negeri Alauddin Makassar. Penelitian ini dilaksanakan sebagai salah satu kegiatan dalam menyelesaikan tugas akhir. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui Gambaran Faktor Risiko Pengobatan Pasien Multidrug-Resistance Tuberculosis (MDR-TB) di RSUD Labuang Baji Kota Makassar Tahun 2017.

Untuk keperluan tersebut, saya mengharapkan kesediaan bapak/ibu untuk menjadi responden dalam penelitian ini. Partisipasi bapak/ibu dalam penelitian ini bersifat bebas untuk menjadi responden atau menolak tanpa ada sanksi apapun. Jika bapak/ibu bersedia menjadi responden penelitian, silahkan mengisi formulir ini, dan saya memohon kesediaan bapak/ibu untuk mengisi lembar kuesioner dengan jujur apa adanya. Kerahasiaan informasi dan identitas responden dijamin oleh peneliti dan tidak akan disebarluaskan baik melalui media massa ataupun elektronik.

Nama Responden :

Umur :

Alamat :

Dengan ini menyatakan bersedia menjadi responden pada penelitian yang dilaksanakan oleh Nurbiah, dengan judul “Gambaran Faktor Risiko Pengobatan Pasien Multidrug-Resistance Tuberculosis (MDR-TB) di RSUD Labuang Baji Kota Makassar Tahun 2017”.

Demikian pernyataan ini dibuat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Makassar, April 2017

(_____)

Responden

KUESIONER PENELITIAN
GAMBARAN FAKTOR RISIKO PENGOBATAN PASIEN *MULTIDRUG RESISTANCE TUBERCULOSIS* (MDR-TB) DI RSUD LABUANG BAJI KOTA
MAKASSAR TAHUN 2017

Hari/ Tanggal wawancara :...../...../ 2017

ALAMAT RESPONDEN	
1	Kabupaten/ kota
2	Kecamatan
3	Kelurahan
4	RT/ RW

A. KARAKTERISTIK RESPONDEN

	PERTANYAAN	JAWABAN
1	Nama/ inisial responden	
2	UmurTahun
3	Pendidikan	1. Tidak sekolah 2. Tidak tamat SD 3. Tamat SD 4. Tamat SMP 5. Tamat SMA 6. Tamat Perguruan tinggi <div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 15px; margin-left: 10px;"></div>
4	Pekerjaan	1. Tidak bekerja 2. Buruh 3. Petani/ nelayan 4. Pegawai Swasta 5. PNS/ TNI/ POLRI 6. Wiraswasta 7. Lainnya <div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 15px; margin-left: 10px;"></div>
5	Kapan dinyatakan MDR	Tanggal/ bulan/tahun / /
6	Tempat dinyatakan MDR-TB	1. Rumah sakit 2. Puskesmas 3. Dokter praktik <div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 15px; margin-left: 10px;"></div>
7	Kapan pertama kali berobat di poli MDR	Tanggal/ bulan/ tahun / /

B. KETERSEDIAAN OBAT

	Pertanyaan	Pengobatan MDR-TB
1	Apakah selama anda ingin berobat di pelayanan kesehatan, obat selalu tersedia ?	a. Ya b. Tidak

C. PEMBERIAN INFORMASI DARI PETUGAS

2	Apakah selama anda berobat, anda mendapatkan informasi tentang TB MDR dari petugas kesehatan ?	a. Ya b. Tidak
3	Apakah selama berobat MDR-TB pernah mendapatkan informasi tentang lama pengobatan yang harus dijalani ?	a. Ya b. Tidak
4	Apakah selama berobat MDR-TB pernah mendapatkan informasi kesembuhan penderita ?	a. Ya b. Tidak

D. EFEK SAMPING OBAT

	Pertanyaan	Pengobatan TB- MDR
1	Apakah anda merasakan efek samping selama menjalani pengobatan MDR-TB ?	a. Ya b. Tidak
2	Jika Ya, Kapan pertama kali merasakan efek samping	Tanggal/ bulan/ tahun/...../.....
3	efek samping apa yang dirasakan?	1. Mual 2. Pusing 3. Kulit gatal 4. Diare 5. Kesemutan 6. Nyeri sendi/ otot 7. Gangguan penglihatan 8. Gangguan pendengaran 9. Kulit kuning 10. Dada terasa panas 11. Kulit terkelupas 12. Syok 13. Depresi 14. Lainnya

E. PMO (Pengawas Minum Obat)

	Pertanyaan	Pengobatan MDR-TB
1	Apakah anda memiliki seorang Pengawas Minum Obat (PMO) ?	a. Ya b. Tidak
2	Siapa PMO anda ?	a. Anggota keluarga b. Kerabat dekat

		c. Petugas kesehatan
3	Jika PMO anda adalah anggota keluarga anda, siapa anggota keluarga tersebut ?	a. Ayah b. Ibu c. Adik d. Kakak e. Suami f. Istri g. Lainnya
4	Apakah pengawas minum obat anda selalu mrngingatkan anda untuk meminum obat ?	a. Ya b. Tidak
5	Apakah pengawas minum obat anda selalu memberikan dorongan untuk berobat teratur ?	a. Ya b. Tidak



DOKUMENTASI







M A K A S S A R

RIWAYAT HIDUP



Nurbiah, lahir di Sungguminasa Kabupaten Gowa pada tanggal 5 September 1995, anak ke lima dari 5 (lima) bersaudara dari pasangan Arsyad dan Basse. Penulis memulai pendidikan Sekolah dasar di SDI Bontoala II pada tahun 2001 dan tamat pada tahun 2007. Ditahun yang sama penulis melanjutkan pendidikannya ke jenjang sekolah Menengah Pertama di SMPN 4 Sungguminasa dan tamat pada tahun 2010. Kemudian penulis melanjutkan pendidikannya di SMAN 3 Sungguminasa dan tamat pada tahun 2013. Penulis kemudian melanjutkan pendidikannya ke perguruan tinggi dan terdaftar sebagai Mahasiswa Kesehatan Masyarakat dengan konsentrasi Epidemiologi angkatan 2013 di UIN Alauddin Makassar dan selesai pada tahun 2017. Semasa perkuliahan penulis pernah bergelut di Himpunan Mahasiswa Jurusan Kesehatan Masyarakat selama 2 periode yaitu pada periode 2014-2015 dan 2015-2016.

UNIVERSITAS ISLAM NEGERI
ALAUDDIN
M A K A S S A R